

INVESTIGACION

**ASPECTOS CONOCIDOS,
DESCONOCIDOS,
RELEVANTES Y
CONTROVERSIALES DEL
SISTEMA DE SEGURIDAD
SOCIAL EN SALUD
COLOMBIANO**

Universidad Católica de
Manizales
Administración de la Salud
2014

Paula Chica Serna Yannet Jaramillo
Ana María Barrera Edwin Cruz

INVESTIGACION

**ASPECTOS CONOCIDOS, DESCONOCIDOS, RELEVANTES Y
CONTROVERSIALES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
COLOMBIANO**

DOCENTE

RUBEN DARIO AGUDELO LOAIZA

ragudelo@ucm.edu.co

YANNET JARAMILLO LÓPEZ

ANA MARIA BARRERA VASQUEZ.

PAULA YOLIMA CHICA SERNA

EDWIN CRUZ SALAZAR

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES

ESPECIALIZACION ADMINISTRACION DE LA SALUD

III SEMESTRE

ASPECTOS CONOCIDOS, DESCONOCIDOS, RELEVANTES Y CONTROVERSIALES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIANO

INTRODUCCION

La Seguridad Social en Salud en Colombia se introdujo a partir del año 1945 con la creación de la ley 6 y se refuerza en el año 1946 con la ley 90 implementada por el Instituto de Seguros Sociales de la época.

Dicha implementación se logró a través de transacciones políticas entre los principales representantes de agremiaciones como sindicatos, gobierno y la Federación Médica aunque dicha entidad no estaba muy de acuerdo con el sistema porque se consideraba que podría acabar con una relación primordial como lo es médico-paciente.

La propuesta inicial en cabeza de la ANDI y FENALCO como directivos del Seguro Social era la creación de un proyecto que abarcaba salud, riesgos profesionales y pensión.

En un principio el gobierno tenía la idea de asumir pensiones y riesgos profesionales pero el Seguro Social se opuso rotundamente ante el proyecto, ya que ambos gremios preferían que el Seguro se financiara exclusivamente con los aportes de la salud, lo cual fue adoptado por el gobierno ante la posibilidad de una financiación compartida por empleadores y trabajadores, reduciendo de manera importante los recursos para la salud.

Con la recolección de dichos dineros, se creó un Sistema gigantesco pero exclusivo para cierta parte de la población dejando al descubierto el resto de ciudadanía.

Pero como era de esperarse, los aportes mencionados no alcanzaban a cubrir las necesidades en salud de todo el país generando una crisis que llevaba al surgimiento de una nueva reforma.

Es allí, aproximadamente para el año 1993 que surge el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) apoyados en la llamada ley 100, con el objeto de brindar servicios de salud a toda la comunidad a través de prestadores públicos y privados que son supervisados por el Estado para un adecuado cumplimiento de la competencia.

Dicho sistema está dividido en dos regímenes: uno contributivo al cual pertenece la población trabajadora formal, independientes y sus familias; y un régimen subsidiado para la población pobre no afiliada, la cual es catalogada por el gobierno previamente a través de encuestas.

El objetivo primario de éste sistema es la cobertura universal de la población con un adecuado acceso a los servicios, lo cual se ha visto influenciado por la crisis económica del país y la poca generación de trabajo formal, reflejado en un aumento del número de personas subsidiadas sin capacidad de pago.

Aunque la cobertura se ha aumentado en forma importante no se está llegando a todos los sectores de las comunidades, ya que se presentan barreras de acceso

que de una u otra forma enlentecen el proceso y el logro de los objetivos planteados.

El Sistema de Salud en cualquier población resulta ser complicado, ya que no solo manejamos actores sino recursos pero el primer paso para el cambio, es el conocimiento de sus recursos.

CONTENIDO

INTRODUCCION	2
1. PRELIMINARES	8
1.1. RESUMEN	8
1.2. PALABRAS CLAVES	8
1.3. JUSTIFICACION	7
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.5. PREGUNTA DE INVESTIGACION	10
1.6. OBJETIVO GENERAL	10
1.7. MÉTODO DE LOCALIZACIÓN, SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE ESTUDIOS PRIMARIOS	10
1.8. ANTECEDENTES TEORICOS, CONCEPTUALES E INVESTIGATIVOS	11
2. MATRICES DE ANALISIS	21
2.1. El Sistema de Salud y sus fantasmas	21
2.2. El Sistema Colombiano de Seguridad Social en Salud :Desigualdad y exclusión	22

2.3. Sistema de Salud en Colombia : 20 años de logros y problemas	28
2.4. Luces y sombras de la reforma de salud en Colombia	31
2.5. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia	34
2.6. Alternativas para financiar el Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia: avances, limitaciones y retos.	40
2.7. Health in Colombia: a system in crisis. Salud en Colombia: un sistema en crisis	41
2.8. Rectoría de la vigilancia en salud pública en el sistema de seguridad social en salud de Colombia: estudio de casos	43
2.9. El derecho a la salud. Una búsqueda inacabada para la sociedad colombiana	47
2.10. Acceso a la atención en salud en Colombia	51
2.11. Evolución conceptual y normativa de la promoción de la salud en Colombia	56
2.12. La calidad en la prestación de los servicios de salud, un imperativo por lograr	59
2.13. Promoción de la salud y sistema de salud colombiano: reflexiones sobre la formación de profesionales	61
2.14. Experiencia de implementación de un modelo de atención primaria	64
2.15. La Emergencia Social en Salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana	67
2.16. Sistema de salud de Colombia	70
2.17. El mercado de la salud en Colombia y la problemática del alto costo	74
2.18. Reflexiones sobre el papel del profesional de la medicina en el sistema general de seguridad social colombiano	78
2.19. Modelo de Salud en Colombia: ¿financiamiento basado en	83

seguridad social o en impuestos?	
2.20. Colombia's New Health Reform: Helping Keep the Financial Sector Healthy Nueva Reforma de Salud de Colombia: ayudando a mantener el sector financiero saludable.	87
2.21. Comunidades seguras, un modelo mundial para la prevención de lesiones y la promoción de seguridad	90
2.22. Crisis de la salud en Colombia: ¿un derecho fundamental o un espacio para el mercado?	94
2.23. ¿Por qué la crisis multisistémica de la salud?	97
2.24. Effects of managed care mechanisms on access to healthcare: results from a qualitative study in Colombia. Efectos de los mecanismos de atención administrada de acceso a la salud: resultados de un estudio cualitativo en Colombia	100
2.25. La licencia de maternidad en el régimen internacional laboral y su desarrollo en Colombia a partir de la constitución de 1991	105
2.26. Determinantes sociopolíticos de las políticas internacionales de salud	107
2.27. Aumento de la segmentación en el sistema de salud colombiano.	111
2.28. Los Objetivos del Milenio y la Crisis de la Salud	116
2.29. Competencia en el sector salud entre juegos de " suma cero" y de " suma positiva".	120
2.30. Los profesionales de la salud y la crisis del sistema de salud en Colombia: ¿indignación o acomodamiento?	123
2.31. La educación para la salud, un reto actual	128
2.32. Nueva reforma en el sector salud en Colombia: portarse bien para la salud financiera del sistema	132
2.33. Entre los negocios y los derechos	136
2.34. Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007–2009	141
2.35. Condiciones para el acceso universal a la salud en América	145

Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas	
2.36. Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud.	150
2.37. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema	154
2.38. Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano	158
2.39. La Segunda Reforma de Salud - Aseguramiento y compra-venta de servicios	162
2.40. El seguro de salud para los pobres disminuye el acceso a las pruebas del VIH en la atención prenatal: evidencia de un efecto no deseado de la reforma de la seguridad social en Colombia? Health insurance for the poor decreases Access to HIV testing in antenatal care: evidence of an unintended effect of health insurance reform in Colombia?	166
2.41. Implementación de un nuevo sistema de salud en Colombia: Es favorable para los determinantes de la salud? Implementation of a new health system in Colombia: Is this favourable for health determinants?	171
2.42. El control indígena sobre la atención de salud en medio de las reformas neoliberales en Colombia: un difícil equilibrio. Indigenous control over health care in the midst of neoliberal reforms in Colombia: an uneasy balance.	174
2.43. Una segunda oportunidad para la reforma a la salud en Colombia. Second chance for health reform in Colombia	179
2.44. Reforma de salud en Colombia: Falsos debates, imperativos reales. Colombia's health reform: false debates, real imperatives	185
2.45. Impacto de la creciente cobertura de la seguridad social en las diferentes causas de la mortalidad: la reforma de la salud en Colombia. The Impact of Increasing Health Insurance Coverage on Disparities in Mortality: Health Care Reform in Colombia, 1998–2007	189
2.46. Barreras de acceso a la atención médica en un modelo de competencia administrada: lecciones de Colombia.	193

Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia.	
2.47. The quest for equity in Latin America: a comparative analysis of the health care reforms in Brazil and Colombia. La búsqueda de la equidad en América Latina: un análisis comparativo de las reformas de la atención de salud en Brasil y Colombia.	197
2.48. Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Colombia	202
2.49. Hospitales: ¿habrá futuro?	209
2.50. Determinantes del gasto de bolsillo y gasto catastrófico en la Región Central de Colombia	213
3.0. CONCLUSIONES	218
BIBLIOGRAFIA	219

1. PRELIMINARES

1.1. RESUMEN

En el año 1993 surge el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) apoyados en la llamada ley 100, con el objeto de brindar servicios de salud a toda la comunidad Colombiana a través de prestadores públicos y privados que son supervisados por el Estado para un adecuado cumplimiento de la competencia. El objetivo primario de éste sistema es la cobertura universal de la población con un adecuado acceso a los servicios de salud. Nuestro trabajo está basado en el impacto producido luego de la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia o ley 100 en 1993 en la población general y en los entes estatales principalmente los relacionados con la red, analizando y generando puntos críticos pero también positivos dando argumentos para la intervención proactiva de los actores del sistema.

1.2. PALABRES CLAVES (SEGÚN DeCS)

- Sistema de Salud
- Equidad en Salud
- Atención Médica
- Seguridad Social
- Servicios de Salud

1.3. JUSTIFICACION

El trabajo realizado busca analizar información publicada sin ser de propia autoría y ubicarla en cierta perspectiva, detectando y consultando bibliografía principalmente de diferentes autores con el fin de extraer y recoger material importante que ayude a nuestro problema de estudio o de investigación.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud ha creado muchas controversias en nuestro medio con opiniones a favor y en contra pero sobretodo con mucho

desconocimiento de sus impactos en la esfera social por parte de la mayoría de actores que tratan de cumplir con objetivos sin conocer sus cimientos verdaderos.

Como personal de la salud debemos conocer el medio en que nos desenvolvemos con el fin de saber aplicar con opinión crítica y objetiva nuestro actuar sin que esto signifique desconocimiento de los hechos.

Teniendo bases adecuadas de esta reforma podemos intervenir de manera proactiva en el mejoramiento primario de nuestra red de salud.

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia estamos enfrentados a una realidad en salud que nos ha acompañado desde 1993 con el inicio de la ley 100 o Sistema General de Seguridad Social en Salud generando muchas controversias en el sector y en el resto de población colombiana por su desconocimiento, cumplimiento o incumplimiento de normas, por ser un modelo en salud para otros países; inicialmente daremos un breve panorama de los que es la ley 100, beneficios y su ambicioso objetivo.

Sabemos que la estructura de la ley 100 es positiva, piensa en la comunidad y lo más importante en la cobertura del total de la población; pero también hay que recalcar sus múltiples deficiencias que radican en el despliegue de la ley, son muchas las dificultades que se han presentado a lo largo de estos años, por eso se han buscado herramientas y estrategias que permitan hacer cambios y reestructuraciones, que enfoquen la salud por el mejor camino en beneficio de la comunidad, quizás las dificultades más comúnmente encontradas ha sido la falta de accesibilidad al sistema, la inequidad, falta de calidad en los servicios, corrupción, que conlleva al despilfarro de presupuestos, inadecuadas administraciones e incumplimientos de muchos parámetros de la legislación, que podrían funcionar si se llevara a cabalidad los lineamientos establecidos.

En un contexto estructural en salud que puede verse abocado a una caos, las críticas y análisis del tema pueden llevar a concientizar y buscar soluciones que mejoren la crisis, pero es muy importante empezar por mostrar lo que se ha pretendido con la ley 100, lo que se ha logrado, que se ha tratado de mejorar y que se pretende llegar con el sistema, siendo muy relevante para esto las reformas en salud.

1.5. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los aspectos conocidos, desconocidos, relevantes y controversiales, del sistema de seguridad social en salud colombiano?

1.6. OBJETIVO GENERAL

Identificar los aspectos conocidos, desconocidos, relevantes y controversiales, del sistema de seguridad social en salud en la población colombiana, mediante una revisión documental, en el periodo comprendido entre 1993 hasta el 2013.

1.7. MÉTODO DE LOCALIZACIÓN, SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE ESTUDIOS PRIMARIOS

Para la búsqueda del material científico necesario en el artículo, nos apoyamos de la web realizando averiguaciones confiables por medio de buscadores reconocidos como Google académico, Scielo, Pubmed, Crohcraine, SearchMedica, Medscape, Fistera entre otros.

Seleccionamos artículos científicos, revisiones sistemáticas, artículos editoriales, artículos de revisión, publicaciones personales de científicos y documentos de gran valor y reconocimiento que aportan información importante a nuestro trabajo, con un promedio de 15000 resultados por búsqueda, con palabras claves como Sistema de Salud, Equidad en Salud, Atención Médica, Seguridad Social, Servicios de Salud (fuente DeCS).

La metodología adoptada fue el análisis de literatura que contengan las palabras claves descritas y hagan énfasis en el sistema de salud colombiano y sus cambios en los últimos 20 años.

Los criterios de inclusión que definimos en nuestro grupo de trabajo para el análisis de dichos escritos fueron los siguientes:

- Escritos de los últimos 5 años con algunas excepciones debido a que el Sistema de Salud Colombiano presentó su más grande reestructuración en el año 1993 con la implementación de la ley 100, por lo cual fue necesario incluir de años más atrás.
- Documentos que incluyan en su texto las palabras claves definidas y que aparecen en los principales DeCS.
- Material de características científicas que aporte información del sistema de salud colombiano pero que tengan validez reconocida.
- Artículos en mínimo dos lenguas escogidas como lo es el español y el inglés.

Luego de analizar el material encontrado, se eligieron 39 artículos en español y 11 en inglés, extrayendo su síntesis por medio de matrices de análisis que nos permitieron ubicarnos en los objetivos de la publicación y sus principales resultados.

Como estrategia final, aplicamos un método para ubicar al lector en tiempo y espacio, creamos un mapa mental con toda la información recopilada y sus principales características.

1.8.ANTECEDENTES TEORICOS, CONCEPTUALES E INVESTIGATIVOS

NOMBRE DEL ARTICULO	AÑO	AUTORES	UBICACION	OBJETIVO
¿Por qué la crisis multisistémica de la salud?	2013	Francisco J Yepes	scielo.org.co Revista Gerencia. Política. Salud	Analizar las múltiples causas que han llevado a la crisis el sector salud con el fin de plantear probables soluciones que contribuyan al mejoramiento.
Impacto de la creciente cobertura de la seguridad social en las diferentes	2013	Iván Arroyave, Doris	American Journal of Public Health March	Examinar el impacto de la ampliación de la cobertura de seguridad

<p>causas de la mortalidad: la reforma de la salud en Colombia.</p> <p>The Impact of Increasing Health Insurance Coverage on Disparities in Mortality: Health Care Reform in Colombia, 1998–2007</p>		<p>Cardona, Alex Burdorf, Mauricio Avendano</p>	<p>2013, Vol 103, No. 3</p>	<p>social sobre las disparidades socioeconómicas en la mortalidad total y por enfermedad cardiovascular entre 1998 y 2007 en Colombia.</p>
<p>El seguro de salud para los pobres disminuye el acceso a las pruebas del VIH en la atención prenatal: evidencia de un efecto no deseado de la reforma de la seguridad social en Colombia?</p> <p>Health insurance for the poor decreases access to HIV testing in antenatal care: evidence of an unintended effect of health insurance reform in Colombia?</p>	<p>2013</p>	<p>Allison Ettenger, Till Bärnighausen, Arachu Castro</p>	<p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23598426</p>	<p>Analiza la situación de la seguridad social en Colombia y las pruebas de VIH ordenadas a las mujeres embarazadas durante atención prenatal.</p>
<p>Promoción de la salud y sistema de salud colombiano: reflexiones sobre la formación de profesionales.</p>	<p>2013</p>	<p>Natalia Rodríguez Villamil, Alejandra Valencia González, Paulina Díaz Mosquera.</p>	<p>promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista18(1)_3.pdf</p>	<p>Reflexionar sobre los retos para la formación de profesionales de salud, en un contexto de tensiones entre los postulados de la promoción de la salud.</p>
<p>Comunidades seguras, un modelo mundial para la prevención de lesiones y la promoción de seguridad.</p>	<p>2013</p>	<p>Mariela Hernández Sánchez, René García Roche</p>	<p>Revista Cubana HigEpidemiol Base de datos Scielo</p>	<p>Identificar las principales causas de lesiones en Latinoamérica y el Caribe para incentivar estrategias para la prevención de lesiones y promoción de seguridad.</p>
<p>Reflexiones sobre el papel del profesional de la medicina en el sistema general de seguridad social colombiano.</p>	<p>2013</p>	<p>Luis Enrique Vásquez Pinto, Vanessa Delgado Jaime, Laura del Pilar Cadena</p>	<p>MedUNAB 15.2 Scielo</p>	<p>Proporcionar información y herramientas a los profesionales de la salud para que se ubiquen en el sistema de salud.</p>

		Afanador .		
Determinantes sociopolíticos de las políticas internacionales de salud.	2013	Pol De Vos (1), Patrick Van der Stuyft	scielosp.org	Contextualizar la situación actual de las políticas en salud, mediante la presentación de una mirada retrospectiva.
Los Objetivos del Milenio y la Crisis de la Salud.	2013	Caballero Uribe, Carlo Vinicio; Alonso Palacio, Luz Marina	rcientificas.uninorte.edu.co	Concientizar principalmente al sector salud de la necesidad de cambio del modelo de salud haciendo énfasis en los pobres resultados.
Entre los negocios y los derechos.	2013	Franco Saúl	Revista Cubana de Salud Pública, 2013, vol. 39, no 2, p. 268-284	Reflexionar acerca de los valores que sustentan el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia a partir de los sucesos ocurridos en los últimos 20 años.
Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007–2009.	2013	Gloria Molina y Andrés Ramírez	Revista Panam Salud Pública: 33.4 (2013): 287.	Presentar los aspectos morales en conflicto en la toma de decisiones clínico administrativas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia.
Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Colombia.	2013	Lucía Mina Rosero	Google scholar Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).	Difundir el conocimiento sobre la situación actual de los sistemas de protección social en los países de América Latina y el Caribe, así como discutir los principales desafíos en este ámbito.
Competencia en el sector salud entre juegos de " suma cero " y de " suma positiva " .	2013	Octavio Martínez	http://www.redalyc.org/pdf/1631/163126303011.pdf . Revista: Acta	Concientizar al lector frente a la postura mercantilista de la práctica médica sustentada por

			Médica Colombiana 2013 38(1)	argumentos que hacen ver la especialización de la atención como superior, frente a la prestación de servicios de salud a bajo costo.
The quest for equity in Latin America: a comparative analysis of the health care reforms in Brazil and Colombia. La búsqueda de la equidad en América Latina: un análisis comparativo de las reformas de la atención de salud en Brasil y Colombia	2012	Roberto JF Esteves	Google scholar	Realizar la evaluación de la consecución de determinados funcionamientos de salud, a saber: tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad de menores de cinco años, la tasa bruta de mortalidad y la esperanza de vida.
Effects of managed care mechanisms on access to healthcare: results from a qualitative study in Colombia Efectos de los mecanismos de atención administrada de acceso a la salud: resultados de un estudio cualitativo en Colombia	2012	Ingrid Vargas, Jean-Pierre Unger, Amparo Susana Mogollón Pérez M. Luisa Vázquez.	PubMed.gov	Analizar las barreras a la salud que surgen de la introducción de mecanismos de atención administrada en Colombia.
Modelo de Salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos?	2012	Laura Natalia Amado González, Efraín Riveros Pérez	Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2012, vol. 11, no 23, p. 111-120	Exponer la influencia que tienen los organismos económicos internacionales sobre nuestro sistema de seguridad social en salud principalmente sobre su funcionamiento.
El Sistema de Salud y sus fantasmas.	2012	Juan Manuel Senior.	Acta Médica Colombiana, 37(1), 1-5	Comentar los beneficios y dificultades que tiene nuestro Sistema de Salud desde un punto de vista práctico.
Health in Colombia: a system in crisis.	2012	Paul Christopher Webster.	Google académico.	Mostrar de manera clara las deficiencias del SGSSS en todos

Salud en Colombia: un sistema en crisis				los aspectos.
Alternativas para financiar el Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia: avances, limitaciones y retos.	2012	Jairo Humberto Restrepo Zea	Grupo de Trabajo del Grupo de economía de la salud, Universidad de Antioquia	Mostrar de manera concreta las limitaciones y los avances en lo referente a la estructura misma SGSSS.
El Sistema Colombiano de Seguridad Social en Salud: DESIGUALDAD Y EXCLUSION.	2012	Amparo Hernández Bello, Román Vega Romero.	Gerencia y Políticas de Salud, 2012, vol. 1, no 1. revistas.javeriana.edu.co.	Analizar los resultados de equidad en salud de la reforma a la seguridad social en Colombia.
La licencia de maternidad en el régimen internacional laboral y su desarrollo en Colombia a partir de la constitución de 1991.	2012	Yilly Vanessa Pacheco.	Criterio Jurídico, 2012, vol. 11, no 2.	Mostrar la forma como el estado colombiano en materia laboral y de seguridad social tiene la obligación de acogerse a las normas internacionales de trabajo.
Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano	2012	Alvaro Franco Giraldo	Revista Gerencia y políticas de salud, 2012, vol. 11, no 22, p. 28-42.	Definir unos ejes temáticos para interpretar la atención en salud y orientar un nuevo modelo.
Hospitales: ¿habrá futuro?	2011	Herman Gómez Redondo 2011	http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195222509001	Dar a conocer y rescatar el papel de lo público en los servicios de salud y educación, pues representan un derecho de la población y no un servicio regido por el libre mercado.
El control indígena sobre la atención de salud en medio de las reformas neoliberales en Colombia: un difícil equilibrio. Indigenous control over	2011	Javier Mignone, Jorge Nállim, and John Harold Gómez Vargas	https://twpl.librar.y.utoronto.ca/index.php/spe/artic/e/viewFile/15344/12364	Analiza la experiencia de las Empresas Promotoras de Salud Indígenas (EPS)

health care in the midst of neoliberal reforms in Colombia: an uneasy balance.				
Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud.	2011	Sandra Martínez, Gabriel Carrasquilla, Ramiro Guerrero, Héctor Gómez Dantés, Victoria Castro	Scielo	Medir la cobertura efectiva para once intervenciones de salud en nueve países de América Latina
Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas.	2011	Ana Sojo	Revista CS Col 16.6 (2011): 2673-2685.	Analizar aspectos macroeconómicos del comportamiento reciente del gasto en salud en la región
Los profesionales de la salud y la crisis del sistema de salud en Colombia: ¿indignación o acomodamiento?	2011	Cadena Afanador, Laura del Pilar; Aldana, Bernardo Useche.	revistas.unab.edu.co 14(2):83-85, ago. 2011 http://www.unab.edu.co	Promover y concientizar a todos los profesionales de la salud sobre el papel fundamental que realizamos en el sistema actual.
Aumento de la segmentación en el sistema de salud colombiano.	2011	Félix Martínez, César Giraldo, Paola García, Carlos Rodríguez, Sandra Milena Barrios	Revista CIFE, 18, (13), 137-152.	Evaluar las asignaciones per capita para cada uno de los regímenes del SGSSS, comprobando la dificultad de igualar el plan de beneficios para los regímenes.
Crisis de la salud en Colombia: ¿un derecho fundamental o un espacio para el mercado?	2011	Mayda Soraya Marín Galeano	dialnet.unirioja.es Kavilando, 2011, vol. 2, no 2, p. 116-122.	Presentar una visión simple del panorama de la salud en nuestro país tratando de acercarnos a la realidad social identificando los factores relevantes en

				su historia.
Sistema de salud de Colombia.	2011	Ramiro Guerrero, Ana Isabel Gallego, Víctor Becerril Montekio, Johanna Vásquez.	Salud pública de México, vol. 53(suplemento 2) Scielo	Realizar un recorrido por nuestro sistema general de seguridad social en salud implementado a partir del 2003 con la ley 100 dando a conocer sus logros, avances y tropiezos.
Experiencia de implementación de un modelo de atención primaria	2011	Myriam Ruiz-Rodríguez, Naydú Acosta-Ramírez, Laura A. Rodríguez Villamizar, Luz M. Uribe, Martha León-Franco	http://www.scielo.org.co/scielo.php . Revista de Salud Pública diciembre 2011.	Identificar las dificultades y los factores dinamizadores en la implementación de un modelo de atención primaria en Santander en la última década.
Evolución conceptual y normativa de la promoción de la salud en Colombia	2011	Blanca Patricia Mantilla	Google scholar	Hacer una revisión sobre la evolución de los conceptos y la normatividad promulgada en Colombia
Sistema de Salud en Colombia : 20 años de logros y problemas.	2011	Carlos Alberto Agudelo Calderón, Jaime Cardona Botero, Jesús Ortega Bolaños, Rocío Robledo Martínez	Ciênc. saúde coletiva, 16(6), 2817-2828. http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf	Realizar y analizar el balance de procesos y resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.
Determinantes del gasto de bolsillo y gasto catastrófico en la Región Central de Colombia.	2011	Armando Gil Ospina, Harold Martínez Jaramillo, Julián Gutiérrez,	Ucp.edu.co	Determinar los factores que explican los gastos de bolsillo y catastrófico en salud de los hogares de la región central del país, en el período 2008.

		Giraldo, Rafael Darío Díaz Apache		
Reforma de salud en Colombia: Falsos debates, imperativos reales. Colombia's health reform: false debates, real imperatives.	2010	Alicia Ely Yamin, E Londoño, R Darío-Gómez	http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60341-8/fulltext	Demostrar cómo, mientras más recursos públicos se canalizan hacia el sector privado de la salud, las fallas estructurales de la reforma permanecen intactas.
Barreras de acceso a la atención médica en un modelo de competencia administrada: lecciones de Colombia Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia.	2010	Ingrid Vargas, María Luisa Vázquez, Amparo Susana Mogollón-Pérez, Jean-Pierre Unger	Vargas et al. BMC Health Services Research 2010, 10:297 http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/297	Mejorar la comprensión de los factores que influyen en el acceso a la continuidad de la atención en el modelo Colombiano de competencia administrada.
Una segunda oportunidad para la reforma a la salud en Colombia. Second chance for health reform in Colombia.	2010	Thomas C Tsai	www.thelancet.com Vol 375 January 9, 2010	Revisar y evaluar lo que se ha hecho y debería hacerse en la reforma de la salud para lograr su objetivo inicial: tener cobertura universal.
La Segunda Reforma de Salud - Aseguramiento y compra-venta de servicios	2010	Asa Cristina Laurell, Joel Herrera Ronquillo	Scielo	Examinar diversos aspectos de los seguros de salud implementados en diversos gobiernos latinoamericanos
Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema.	2010	Adalberto E. Llinás Delgado	http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522010000100014&lng=en	Dar a conocer la definición y propósito de calidad en el sector salud
Colombia's New Health Reform: Helping Keep the Financial Sector Healthy Nueva Reforma de Salud de	2010	Mario Hernández Álvarez, Mauricio Torres-Tovar	socialmedicine.info	Conocer de manera suficiente los beneficios que trae la ley 100 de 1993 al sistema de salud colombiano y las

Colombia: ayudando a mantener el sector financiero saludable				principales causas de falla durante la implementación de dicha reforma.
Luces y sombras de la reforma de salud en Colombia.	2010	Francisco José Yepes Luján	Revista gerencia y políticas de salud, vol. 9, núm.18, enero – junio de 2010	Revisar sistemáticamente literatura sobre el desempeño de reforma de salud en Colombia
Acceso a la atención en salud en Colombia.	2010	Ingrid Vargas Lorenzo, M. Luisa Vázquez Navarrete y Amparo S. Mogollón Pérez	http://www.sciel.org.co Revista de Salud Pública 12.5 (2010) 701-712	Contribuir al conocimiento sobre el acceso a los servicios en Colombia tras la reforma del sistema de salud.
La Emergencia Social en Salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana.	2010	Jaime Ramírez Moreno	Revista Gerencia y Políticas de Salud 9.18 (2010): 124-143	Realizar un ensayo de análisis de la Emergencia Social en Salud declarada por el Gobierno Colombiano.
La educación para la salud, un reto actual.	2010	Uribe, Carlo V. Caballero; Alonso, Luz M	http://www.redalyc.org/pdf/817/81715089001.pdf	Concientizar a los lectores y principalmente a los profesionales de la salud de la necesidad de educación de las comunidades.
Nueva reforma en el sector salud en Colombia: portarse bien para la salud financiera del sistema.	2010	Hernández, Mario; Torres Tovar, Mauricio	www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/.../515/991	Analizar puntos clave de la última reforma al Sistema De Salud Colombiano implementado por el gobierno nacional en el 2010.
El derecho a la salud. Una búsqueda inacabada para la sociedad colombiana.	2009	Wilson Giovanni Jiménez Barbosa	http://www.sciel.org.co/scielo.php	Conocer la situación actual del Sistema General de Seguridad Social luego de la reforma o ley 100 de 1993.
El mercado de la salud en	2009	Liliana	Problemas del	Identificar los

Colombia y la problemática del alto costo.		Chicaiza	Desarrollo, 2009, vol. 34, no 131. Scielo	problemas coyunturales que tiene nuestro sistema de salud y el alto costo.
Rectoría de la vigilancia en salud pública en el sistema de seguridad social en salud de Colombia: estudio de casos	2009	López Yolanda Lucía, González Claudia, Gallego Berta Natalia, Moreno Ana Lida.	http://www.scielo.org.co Biomédica 2009; 29:567-81.	Analizar la forma como los municipios y departamentos han instaurado y ejercido las acciones encaminadas a la vigilancia de la salud pública
Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia	2008	Juan Eduardo Céspedes, Iván Jaramillo Pérez, Ramón Abel Castaño Yepez,	Revista de salud pública V10 N° 1 Junio de 2008	Analizar las evidencias relacionadas con los resultados obtenidos por el SGSSS sobre la equidad en el acceso.
La calidad en la prestación de los servicios de salud, un imperativo por lograr	2007	Restrepo C.Jaime	Revista nacional de salud pública página web scielo.	Dar a conocer la continuidad de la salud quebrantada de nuestro país.
Implementación de un nuevo sistema de salud en Colombia: Es favorable para los determinantes de la salud? Implementation of a new health system in Colombia: Is this favourable for health determinants?	2002	H Restrepo, E Valencia	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732037/pdf/v056p00742.pdf	Mostrar, con un caso particular, si la implementación del nuevo sistema de salud favorece o no el cumplimiento de los principios fundamentales de la salud.

2.MATRICES DE ANALISIS

ARTICULO 2.1

Título	El Sistema de Salud y sus fantasmas
Autor y Año	Juan Manuel Senior. 2012
Ubicación del artículo (base datos)	Base de datos Scielo http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v37n1/v37n1a01.pdf . Acta Médica Colombiana, vol. 37, núm. 1, enero-marzo, 2012, pp. 1-5 Asociación Colombiana de Medicina Interna. Bogotá, Colombia
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Senior, Juan Manuel. (2012). El sistema de salud y sus fantasmas. Acta Médica Colombiana, 37(1), 1-5. Asociación Colombiana de Medicina Interna
Objetivo del artículo	Comentar los beneficios y dificultades que tiene nuestro Sistema de Salud desde un punto de vista práctico que incluye el contacto con pacientes, analizando fracasos, pérdidas y triunfos siempre acompañando al paciente y sus familias.
Palabras Clave	Atención integral Autonomía Ineficiencia Inequidad Oferta y demanda Sistema de Salud
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	En nuestro Sistema de Salud convergen diferentes intereses dejando de lado el bienestar comunitario. La medicina es un arte que no puede dejar su esencia humanista y debe aprender a vencer las barreras impuestas principalmente por la tecnología. Este mal llamado progreso sumado a nuestro Sistema terminó “cosificando” a las personas y las convirtió en clientes

	<p>potenciales.</p> <p>Todo esto lleva a convertir la salud en un producto regido por la oferta y demanda, olvidando que es un derecho fundamental de las personas</p>
Muestra	<p>Es un artículo editorial en donde se tomaron en cuenta diferentes artículos actualizados de la realidad del país pero los cuales no los cita específicamente porque lo que prevalece es la opinión del autor.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Se tomaron artículos actualizados que hablan de la realidad del Sistema de Salud Colombiano adicionando la opinión personal del autor.</p>
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> -Se aumenta la cobertura en Salud para población menos favorecida aunque de calidad deficiente, importando solo resultados -Limita la promoción y prevención a consultas periódicas sin lograr impactar de manera real la prevalencia de enfermedad. -Basa la salud en capacidad de pago descuidando la vigilancia de los indicadores de salud. -Se permite la creación de empresas (EPS, EPSS) sin el suficiente control y que solo favorecen bolsillos particulares. -Introducen medicamentos genéricos de dudosa procedencia y que no cumplen con los requisitos y efectos deseados. -Fracaso de múltiples instituciones de renombre debido al juego de la libre oferta y demanda aumentando la inequidad del sistema actual. -Aumento de las llamadas capitaciones que dan flujo de caja rápido pero que se agotan precozmente debido a los pacientes de "alto costo". -Masificación de los medios de comunicación promocionando productos sin la correspondiente verificación ni regulación adecuada por parte del Estado.
Discusión	<p>En nuestro Sistema de Salud convergen muchos intereses de diferente índole comenzando por el económico y político los cuales manipulan los recursos y a los integrantes de ésta red permitiendo cada día el aumento de las fugas de capital las cuales tendrían que estar destinadas a la salud de los colombianos en pro del bienestar común.</p> <p>Todo esto sumado al juego de la oferta y demanda terminan</p>

	<p>por crear un mercado donde el objeto común son las ganancias y cuyo cliente principal son los pacientes pero los cuáles son vistos deshumanizadamente sólo como instrumentos para lograr objetivos planteados y que siempre van encaminados hacia la ganancia financiera.</p> <p>Las Asociaciones Científicas actuales son las encargadas de velar por las actualizaciones del personal de salud pero cada día se ven más sometidas a las presiones y ausencia de apoyo por parte del Estado, ya que ven en ello una amenaza que puede afectar sus finanzas a través de formulación de manejos más costosos y actualizados.</p> <p>Esta crisis coyuntural de la salud afecta de manera directa no solo al paciente y sus familias, sino a los empleados directos cuya principal presión la ejercen a través de salarios cada vez más condicionados a las formulaciones y servicios derivados sin importar las verdaderas necesidades de las personas.</p> <p>La autonomía es el pilar fundamental del ejercicio siendo influenciada cada día más por factores externos que dependen de las empresas que prestan los “supuestos” servicios de salud.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Actualmente Colombia está catalogado como uno de los primeros países en modelo de Atención en Salud debido a su equidad, calidad y proyección, pero el gran paso hacia la realidad actual nos enseña que estamos muy alejados de sus verdaderos objetivos en el momento de su creación.</p> <p>A través del ejercicio y su aplicación en la atención, vemos los múltiples factores externos que terminan por desaguar los recursos y por ende sus fondos para una adecuada atención.</p> <p>Estamos inmersos en una crisis donde su base no son la escasez de fondos sino su mala utilización y su destino final, la cual en la mayoría de los casos son los bolsillos de los particulares que lideran los grupos más influyentes y poderosos en el país.</p> <p>Nuestro principal problema son los pocos controles por parte del Estado y la corrupción rampante de éste gremio, la cual día tras día se lucra más de sus ganancias dejando de lado las auditorías necesarias para su correcto desempeño.</p> <p>Tratemos de tener claro que la salud debe tener como objetivo único el bien común sin sacrificar calidad en la atención y sobretodo sin pasar sobre la ética profesional, que cada día se ve más tambaleante por las presiones que ejercen las instituciones y las cuales se enmascaran en forma perfecta en leyes que modifican a su antojo.</p>

--	--

ARTICULO 2

Título	El Sistema Colombiano de Seguridad Social en Salud : DESIGUALDAD Y EXCLUSIÓN
Autor y Año	Amparo Hernández Bello, Román Vega Romero. 2012
Ubicación del artículo (base datos)	http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/download/2913/2093
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Hernández Bello, Amparo; Vega Romero, Román. El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión. Gerencia y Políticas de Salud, 2012, vol. 1, no 1. revistas.javeriana.edu.co .
Objetivo del artículo	Su objetivo principal es analizar los resultados de equidad en salud de la reforma a la seguridad social en salud en Colombia discutiendo las causas estructurales de la crisis actual presentando algunos criterios que podrían señalar el camino hacia la creación de salidas a los problemas descritos y encontrados en el sector.
Palabras Clave	Acceso a la atención médica Atención médica Colombia Exclusión Inequidad Justicia
Conceptos manejados en el artículo: Introducción planteamiento problema)	El sistema colombiano de seguridad social en salud presenta hoy la más grave crisis de toda su historia , corrupción generalizada, desorganización administrativa, intervención de algunas agencias del gobierno en favor del sector privado, cierre generalizado de hospitales, fracaso en la universalización de la cobertura y en el cubrimiento de

	<p>los pobres entre otros.</p> <p>Las grandes inequidades del sistema siguen basadas en la falta de dinero de la población sumada a las múltiples barreras puestas por los entes gubernamentales. Siendo cada día más elevado el porcentaje de población pobre o en condiciones especiales siguen elevándose las afiliaciones al régimen subsidiado, desbordando los presupuestos nacionales para financiar y subsidiar éste sector. También se identifica otro término que es la “intermediación” de las aseguradoras, como la falta de información y el exceso de trámites, limitando a los afiliados a consultar a sus servicios de salud.</p> <p>Conociendo de antemano que la salud va de la mano con la promoción y sobretodo la prevención de la enfermedad, en nuestro país nos enfrentamos a un gran problema de salud pública en donde observamos una disminución del 30% en el gasto público además de una ejecución solo del 20% de los dineros destinados a este propósito, lo cual empeora gravemente el panorama de la salud de todos los colombianos.</p>
Muestra	No aplica, artículo de revisión
Intervención y proceso medición	Elaboración propia con base en cálculos de Fedesarrollo, 2000; Informe de Coyuntura Económica, DNP, julio de 2000. *Ministerio de Salud. Informe del CNSSS a las Comisiones Séptimas de Cámara y Senado años 1999-2000 y 2000-2001. **CEPAL, Panorama social de América Latina 2000-2001.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> -Las demandas constantes de justicia social se han encargado de que los gobiernos traten de cubrir con servicios primarios y esenciales a ciertos grupos poblacionales pero aumentando la inequidad en salud. - Una limitante importante para el acceso a los servicios de salud son las barreras geográficas y las desigualdades de ingresos entre las zonas rural y urbana, siendo mucho menor las afiliaciones en éste primer sector. - La existencia de regímenes paralelos, llamados especiales (fuerza pública, magisterio, Ecopetrol) son un factor determinante en la de inequidad en el acceso al Sistema. - Los “excesos” del sistema judicial aumentan de manera notable el gran desequilibrio financiero escudado en el

	<p>derecho a la seguridad social.</p> <p>-Fortalecimiento de la Salud Pública como eje fundamental de la salud basados en el auto cuidado de la población pero disminución de las actividades individuales.</p> <p>-Re emergencia de enfermedades transmisibles como lo son el cólera, dengue, malaria debido al bajo impacto de campañas y suspensión de programas específicos.</p> <p>-Disminución en las tasas de mortalidad infantil con el consecuente aumento de los recién nacidos de peso bajo.</p> <p>-Construcción de un sistema “eficientista” basados en el control de gestión y de costos con política de focalización del gasto social</p>
<p>Discusión</p>	<p>Actualmente el Sistema busca intereses financieros pero no está cumpliendo con los objetivos concebidos sin servir a pobres y marginados, a la práctica médica, a la investigación en salud, a la formación y distribución del recurso, a la salud pública y a las instituciones públicas de salud.</p> <p>Los principales afectados en ésta crisis son las personas sin capacidad de pago que además de no poder ingresar al sistema de manera óptima , tienen que verse enfrentados a políticas de medición de pobreza como lo es el puntaje para el Sisben que además de no medir adecuadamente quiénes deberían considerarse pobres para efectos de aseguramiento en salud no los identifican de manera eficiente y no permiten el ingreso de ciertos grupos poblaciones excepcionales como personas enfermas, desnutridas, discapacitadas, desempleadas, empleados transitorios o con empleos parciales. También hay que tener en cuenta que la falta de dinero sigue siendo la principal barrera en los accesos a los servicios de salud incluyendo el régimen contributivo, en donde al parecer los copagos y las cuotas moderadores están poniendo más obstáculos que los esperados.</p> <p>Aunque el gasto en salud es muy alto, inclusive por encima de otros países que sí tienen coberturas reales por encima del 90% de la población, nuestro porcentaje del producto interno bruto va desde el 9 y en ocasiones hasta el 10.1% pero tal gasto parece no resolver los problemas de acceso al aseguramiento y en su mayor parte se quedan en bolsillos del sector privado a través de utilidades de los intermediarios financieros encargados del aseguramiento, y de sus gastos administrativos.</p>

	<p>A pesar de las intervenciones políticas múltiples en nuestro sistema de salud, el Banco Mundial sólo considera tres casos en los cuales se pueden hacer estos aportes: primero, para la financiación de un conjunto de servicios clínicos “esenciales” como una estrategia para reducir o aliviar la pobreza; segundo, para suministrar un conjunto de bienes públicos tales como las inmunizaciones y educación en salud, que no puede ser provisto por el mercado dado que estos no son bienes privados, tercero, para corregir las deficiencias del mercado en materia de equidad y eficiencia en las áreas de cuidados de la salud y seguros médicos, lo cual evidentemente no se cumple al pie de la letra, ya que contamos con un sistema basado en el sector privado y en la influencia de los partidos.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>El sistema de salud Colombiano no avanza de manera satisfactoria. Tenemos los medicamentos más costosos del mundo. La fundación Ifarma, entidad independiente que se encarga de analizar estos problemas en América Latina y el Caribe, afirma textualmente que “Colombia ocupa el primer lugar mundial en precios de medicamentos, lo que está llevando a la quiebra del sistema de salud”. (Enero de 2014 el tiempo.com).</p> <p>Cobertura real y cobertura formal. A las personas no las afecta las enfermedades sino la Ley 100. Un sistema manipulado: la Ley 100 no es la ley para la salud de los colombianos, sino la ley para el negocio con la salud de los colombianos. Las EPS son organizaciones para generar dinero, no para brindar salud.</p> <p>La culpa de la corrupción en el sector no es de la Ley 100, sino de la forma como ha sido implementada, de manera en que las empresas intermediarias han asumido un rol dominante y las IPS y los médicos han sido los sometidos, aunque han confluído muchos factores que han creado un ambiente propicio para que manos inescrupulosas se queden con los recursos del sistema.</p> <p>De la misma manera, opinamos que el modelo propuesto en la Ley 100 no necesita más plazo, la salud no llega a todos los colombianos con calidad. No necesitamos más tiempo para demostrar que la intermediación es corrupta, incrementa costos y disminuye la salud del pueblo, prueba de esto son las múltiples sanciones que ha interpuesto el Estado a las principales EPS(Empresas Promotoras de</p>

	Salud) del país por comprobarse destinación fraudulenta de recursos públicos en otros bienes e inversiones diferentes además de los sobrecostos de medicamentos que han llevado a millonaria multas.
--	---

ARTICULO 3

Título	Sistema de Salud en Colombia : 20 años de logros y problemas
Autor y Año	Carlos Alberto Agudelo Calderón, Jaime Cardona Botero, Jesús Ortega Bolaños, Rocío Robledo Martínez. 2011
Ubicación del artículo (base datos)	Base de datos SCIELO http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Calderón, Carlos Alberto; Cardona Jaime; Ortega, Jesús; Martínez; Robledo, Rocío. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas The Colombian healthcare system: 20 years of achievements and problems. Ciênc. saúde coletiva, 16(6), 2817-2828.
Objetivo del artículo	Realizar y analizar el balance de procesos y resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia realizando una revisión sistemática de literatura y basados en resultados reales que dan la práctica diaria , desde su implementación en 1993
Palabras Clave	Cobertura Colombia Equidad Sistema de Salud Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)
Conceptos manejados en el artículo	El SGSSS fue implementado en 1993 a través de la ley 100 siendo de competencia regulada, de carácter público privado y financiado por múltiples fuentes pero cuyo

<p>(Introducción-planteamiento problema)</p>	<p>principal aporte es a través de las cotizaciones empleado-empleador.</p> <p>Los recursos financieros para el sistema se han incrementado en los últimos 20 años y el gasto en salud pasó a ser el 8% del producto interno bruto. Se ha aumentado la cobertura de población en un 92% por medio del régimen contributivo y subsidiado pero sin llegar a la universalidad. Hemos rebasado nuestro POS por reclamos jurídicos. Persiste la gran inequidad del Sistema por de ausencia de universalidad sumado a la gran diferencia entre planes de salud aunque hemos tenido grandes avances, no son suficientes para las metas necesarias.</p> <p>El flujo de recursos está formado por un enredado proceso que en muchas ocasiones facilitan el desagüe inescrupuloso de los dineros destinados a la salud.</p> <p>Además toman como gran cimiento la salud pública, la cual en muchas ocasiones ha sido dejada de lado y derivada exclusivamente a los municipios y departamentos, que en la mayoría de oportunidades se limita a una consulta de ingreso pero con lo cual no se logra el impacto necesario en la salud de las comunidades y en la prevención de la enfermedad con lo cual nos damos cuenta de la urgente necesidad de intervenir los primeros niveles de atención mediante acciones colectivas que se dirijan a poblaciones específicas mejorando la promoción y prevención individual de las personas.</p>
<p>Muestra</p>	<p>La aproximación al balance de largo plazo y actual del sistema de salud de Colombia se llevó a cabo utilizando los siguientes medios y métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Revisión sistemática de revistas indexadas en ISI, Scopus, Medline y Scielo, en el período correspondiente a 1993-2010, utilizando la estrategia de búsqueda con los términos cobertura, Colombia, afiliación, equidad, financiación, SGSSS, y otras similares. Se evaluó el nivel de evidencia de los artículos utilizando métodos reconocidos. – Libros con estudios o análisis sobre el SGSSS, empleo, equidad, subsidios y desarrollo social. – Encuestas de hogares, calidad de vida y Profamilia, realizadas en el período de 1990- 2010. – Documentos de análisis y reflexión sobre el SGSSS o aspectos específicos del mismo, de tipo administrativo u oficial.

Intervención y proceso medición	<p>Se utilizan dos recursos metodológicos: desempeño del sistema en la reducción de las desigualdades y características; comportamiento de algunos indicadores de salud</p>
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> -Aumento de la cobertura en un 92% pero principalmente por crecimiento del régimen subsidiado, aumento de afiliación en poblaciones de menos ingresos y en áreas rurales. -Mejoría del acceso a la atención primaria y a la primera consulta. - La calidad en la atención ha mejorado a través de los procesos de habilitación y guías de atención. -La distribución general del ingreso no ha mejorado pero el ingreso a la población más pobre se ha aumentado en un 45%, el gasto en salud pasó de un 2.4% a un 4.7% del producto interno bruto y el subsidio del gasto en salud del 0.42% a 1.3%. -En provisión de servicios se ha producido mejoras en el acceso a los servicios de atención, consolidando un modelo de Atención Primaria. -Disminución de la mortalidad materna e infantil por aumento en número de usuarios que utilizan los programas de promoción y prevención. -Disminución de la mortalidad por tuberculosis aunque las cifras de detección y curación han sido muy estables.
Discusión	<p>Basados en la experiencia, contamos con un Sistema de Salud ejemplo para muchos países y según la Organización Mundial de la Salud se basa en la búsqueda de la universalidad y en el bienestar de las comunidades pero en la práctica observa persistencia de las desigualdades y de la inequidad, problemas que deben ser abordados e intervenidos de forma urgente.</p> <p>Los Sistemas de Salud deben beneficiar la salud de la población pero en muchas ocasiones se ven determinadas por los análisis de resultados que en la mayoría de casos son manipulados por las directrices del mismo Sistema que tratan de enmascarar los problemas existentes, además que se están utilizando indicadores de tendencias generales de bienestar fácilmente sesgables.</p> <p>El gran aumento del gasto en salud generan un gran riesgo</p>

	<p>para la sostenibilidad del SGSSS, son muchos factores que lo afectan directamente como el aumento desmesurado de los fallos judiciales tanto de servicios POS como No POS mostrando las prácticas inadecuadas e indebidas por parte de muchas EPS; las múltiples moras en el flujo de recursos; el incremento en el régimen subsidiado frente al contributivo, además del aumento de beneficiarios entre otras muchas más.</p> <p>El SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud) de Colombia ha sido un modelo exitoso en términos de cobertura y financiamiento pro-equidad soportando casi 20 años de funcionamiento y dos reformas, pero los actores principales se han encargado de la desviación de recursos que no dejan el cumplimiento adecuado de sus objetivos.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>La Ley 100 colombiana en su largo recorrido y siendo concebida para el beneficio de sus habitantes, ha traído más desventajas que ventajas a las comunidades. Se argumenta que la Ley 100 aumentó la cobertura, pero a costa de la eficacia porque generalmente no alcanza a llenar las necesidades reales de la población y quienes logran estar en ella no disponen de la calidad necesaria y posible para buscar la salud, promover su mantenimiento y prevenir las enfermedades.</p> <p>El panorama es desalentador porque no ha logrado cumplir y servir a la población además, de desviar su objetivo central, que era brindar una salud integral a las personas empeorado por la posición y concepción de nuestros legisladores para quienes el concepto de salud solo tiene que ver con la atención médica y no con la mejoría en las condiciones de vida, necesarias para conseguir la salud de todos los colombianos.</p>

ARTICULO 4

<p>Título</p>	<p>Luces y sombras de la reforma de salud en Colombia</p>
<p>Autor y Año</p>	<p>Francisco José Yepes Luján año 2010.</p>

Ubicación del artículo (base datos)	Revista gerencia y políticas de salud, vol. 9, núm.18. Enero – junio de 2010
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	YEPES LUJAN, Francisco José. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Rev. Gerenc. Polit. Salud [online]. 2010, vol.9, n.18
Objetivo del artículo	Revisar sistemáticamente literatura sobre el desempeño de reforma de salud en Colombia
Palabras Clave	Aseguramiento, equidad, POS, cobertura, calidad, acceso, sistema, servicios de salud, cobertura, incremento.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Con el aseguramiento se han aumentado los accesos a los servicios de salud y se han disminuido las barreras? La competencia y la libre elección han mejorado la calidad y la eficiencia de los servicios de salud? Ha mejorado la equidad en el acceso a los servicios de salud? Se ha mejorado el nivel de salud y la equidad de salud?
Muestra	459 referencias, La búsqueda se realizó mediante un conjunto de estrategias que incluyeron la consulta a diversas bases de datos (Medline, Lilacs, Scielo, Hinari, Scopus , Jestor, Pr oQuest y Elsevier), a las bibliotecas de universidades colombianas (Andes, Javeriana, Rosario, Nacional, Antioquia, Valle, Bosque, Externado), de centros de investigación (Assalud, Fedesalud, Fedesarrollo, CEDE), del Ministerio de la Protección Social, del Instituto Nacional de Salud, del Departamento Nacional de Planeación, de la Academia Nacional de Medicina, de la OPS/OMS; a las páginas web de Cendex y de la Fundación Corona y a investigadores nacionales.
Intervención y proceso medición	Dada la complejidad del tema objeto de revisión y la multiplicidad de metodologías empleadas en los diversos estudios, se adoptó la “síntesis narrativa” como la metodología a ser utilizada

Resultados

-Aumento de la cobertura del aseguramiento, mayor equidad en aseguramiento, mejor focalización de los subsidios a los más pobres, mayor acceso a los servicios de salud por la población asegurada, aumento de la consulta del sano por programas de promoción de salud y prevención de enfermedad entre 1997 y 2003

Hay deterioro en los indicadores de mortalidad evitable.

Preocupante situación en el control de la tuberculosis, en Colombia con una incidencia de 50 por cada 100000 habitantes.

-Aumento de números de mortalidad materna y sífilis congénita desde 1996 y un estancamiento en el 2005 a pesar de que se ha mejorado las coberturas del cuidado prenatal y atención del parto por profesionales, lo que hace sospechar en la calidad de los servicios que se están ofreciendo.

-Mala calidad en el tratamiento de los pacientes diabéticos, un estudio realizado por fedesalud encontró que solo el 25% de los pacientes con diabetes mellitus II tenían un tratamiento bueno y que el tiempo transcurrido desde el dx a desarrollar una enfermedad renal crónica era de 13 años, cuando la literatura dice que en promedio es de 20 a 30 años.

-Frecuencia inaceptable de complicaciones de enfermedad diarreica aguda y enfermedad respiratoria aguda en menores de 5 años en población asegurada, asociado a un diagnóstico y tratamiento inadecuado e inoportuno.

-Alto volumen de no entrega de servicios cubiertos en el pos, estudio realizado por la defensoría del pueblo con base a las tutelas por servicios no prestados que están en el pos, sin sanciones a las entidades responsables.

-Alta proporción de no entrega de medicamentos prescritos, fenómeno similar al anterior.

-Menor acceso y peores resultados en salud de los afiliados al régimen subsidiado, la falta de acceso y la deficiente calidad en los servicios de salud en el régimen subsidiado, es clara muestra de la inequidad del sistema, por ejemplo la falta de cobertura en las mamografías y biopsias de mama.

-Deterioro de las capacidades de salud pública de los entes territoriales para conducir los programas se ha reflejado en el aumento de las enfermedades transmitidas por vectores.

-Alto fraccionamiento de la atención, por diversidad de paquetes POS, también aseguradores que reducen costos, estableciendo barreras geográficas, administrativas y organizativas.

-Predominancia de incentivos económicos, la producción de

	<p>rendimientos económicos induce al control de costos incentivando a lo médicos, mostrando un detrimento en la calidad de al atención y generando dilemas éticos en la práctica profesional.</p> <p>-Problemas de flujo de fondo a todos los niveles, el gobierno ha sido incapaz de controlar.</p>
Discusión	<p>Revisando más detalladamente estos resultados, nos encontramos con un panorama más desalentador, en cuanto al aumento de la cobertura hay una limitación y es la inequidad de los servicios, que ofrecen menos a quienes más lo necesitan. El segundo es el acceso que nos muestra falsedad, el aseguramiento no implica tener acceso a los servicios de salud y aún menos a servicios de calidad, demostrable lo primero con un estudio de la defensoría del pueblo que mostro que el 53% de tutelas eran por servicios que se encontraban en el pos y que las empresas de salud negaron el servicio.</p>
Análisis Personal	<p>Luego de realizar una revisión en de la ley 100, es evidente el que existe un sistema favorable para toda la población pensando en la equidad, calidad, solidaridad, eficiencia y sobre todo cobertura, siempre pensando en el total de la población, por esto se ha convertido en un sistema modelo a nivel internacional y funciona mucho mejor que otros países, pero llevando la ley a la vida real vemos que no se aplica totalmente lo pretendido, existen muchas deficiencias que por la inadecuada administración y control de los entes administrativos y reguladores convierten un plan ideal, en una cadena corrupción, que deteriora cada vez más el sistema, perjudicando la salud y el bienestar de los colombianos.</p>

ARTICULO 5

Título	Evaluación del impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia.
Autor y Año	Juan Eduardo Céspedes, Iván Jaramillo Pérez, Ramón Abel

	Castaño Yopez, 2008
Ubicación del artículo (base datos)	Revista de salud pública V10 N° 1 Junio de 2008
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Eslava-Schmalbach, Javier et al. Evaluación del Impacto en Costo-equidad del Sistema de Salud en Colombia, Rev. salud pública, Bogotá, v. 10, n. 1, Jan 1998-2005. 2008.
Objetivo del artículo	<ul style="list-style-type: none"> -Se describen los principales antecedentes de política social y económica que enmarcaron la reforma del SGSSS, como los argumentos de equidad. -Marco conceptual y metodología -Análisis de las evidencias relacionadas con los resultados obtenidos por el SGSSS sobre la equidad en el acceso. -Accesibilidad a los servicios de salud por parte de la población.
Palabras Clave	Aseguramiento, inequidad, SGSSS, accesibilidad, tasa, indicadores, población, aseguramiento, servicios de salud
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Con relación a la equidad, hay diferencias entre las condiciones y necesidad de salud de la población, es común observar desigualdades en salud especialmente al comparar los segmentos más pobres y vulnerables con los demás segmentos más afortunados, a excepción de factores biológicos, los factores que inciden sobre la salud de una población pueden ser mejoradas con políticas de desarrollo social y económico, la equidad es la igualdad de oportunidades para alcanzar el pleno potencial de salud sin desventaja.</p> <p>Otro criterio que analiza la equidad en la prestación de los servicios de salud, es el acceso, igualdad en la oportunidad y en la utilización de los servicios.</p> <p>Se analizaron los indicadores de equidad 1, las desigualdades en las condiciones y necesidades de salud, aquí se comparan varios segmentos de la población, como demográfica, geográfica, sociales, económicas, estado de afiliación al SGSSS, se calcularon tres tasas de</p>

	<p>prevalencia, 1, enfermedad durante las últimas cuatro semanas 2, enfermedad con restricción de las actividades normales, de por lo menos un día, 3, es el estado de salud general percibido como bueno, regular o malo. Y el otro indicador analizado 2, inequidades en la prestación de los servicios de salud. Se evalúa comparando a la población según el tipo de afiliación a una empresa aseguradora, de acuerdo al nivel socioeconómico , con base a esto se realizaron varios indicadores:</p> <p>Inequidades en el acceso a los servicios de salud, en este punto se tuvo en cuenta al porcentaje de aseguramiento de la población a una empresa de salud desde el 1993 a 1997, en relación con la población total. Otro indicador son los efectos del SGSSS sobre, los costos indirectos del acceso a los servicios de salud teniendo en cuenta la edad, género, razón de restricción de por qué no se utilizaron los servicios de salud en el año 1997, con relación al total de la población(con percepción de enfermedad).</p> <p>Inequidad en la utilización final de los servicios de salud Probabilidad ajustada de utilización de servicios hospitalarios en el último año y probabilidad ajustada de utilización de servicios de salud ambulatorios en los últimos 30 días, introduciendo características biológicas asociadas a la demanda como la edad, genero, necesidades de salud. La persistencia de diferencias en el comportamiento de los indicadores, es la inequidad en la accesibilidad final a los servicios de salud.</p>
Muestra	<p>Para construir los indicadores se analizaron y procesaron las bases de datos de dos encuestas socioeconómicas, encuesta nacional de caracterización socioeconómica (Casen) realizada por el departamento nacional de planeación (DNP) durante 1993. Y la segunda es la encuesta de calidad de vida (encalivida) ambas son entrevistas a personas de hogares.</p>
Intervención y proceso medición	<p>El procesamiento y análisis estadístico de los datos se hicieron utilizando los programas SPSS (Incorporation SPSS 1997) y STATA (CORPORATION 1999) Luego se hizo una relación entre las variables dependientes (salud y equidad) y las variables independientes (características</p>

	<p>sociales, económicas y demográficas de la población). Posteriormente se hizo un ajuste de los indicadores de salud y equidad por el método (Dagstaff&Doorsleader , 1998 Dagstaff et al. 1999). Los indicadores de salud ajustados por edad y sexo y Los indicadores de equidad ajustados por edad sexo y accesibilidad a los servicios de salud.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Características de la población. Las diferencias encontradas en la población con respecto a las variables demográficas, económicas sociales y geográficas se presentan en la tabla 1.</p> <p>Desigualdades en salud, cambios encontrados entre 1993 al 1997: la prevalencia de morbilidad general aumento del 10.7 al 12.9 entre 1993 y 1997. Aumento en la prevalencia de actividad restringida de 4.7 a 5.7 durante el mismo periodo, pero este indicador mostro un gradiente descendente a medida que aumenta el ingreso (estudios de edad género y morbilidad general o crónica con actividad restringida.). En la prevalencia de actividad restringida, hay poca variación en la prevalencia ajustada de morbilidad general.</p> <p>Diferencias entre afiliados y no afiliados a la seguridad social, se observa aumento en los indicadores con respecto a los que no están afiliados, ejemplo la tasa de morbilidad general y actividad restringida fueron respectivamente 1.4 y 1.1 veces más altas entre los que están afiliados a la seguridad social y los que no. En 1993 mostro la prevalencia de morbilidad sostenida asociado con el nivel de ingreso de la población entre el grupo afiliado a la seguridad social y el no afiliado.</p> <p>Equidad en el acceso a los servicios se evaluó la distribución de dos indicadores, estar afiliado o no a una empresa aseguradora del SGSSS y las razones de no utilizar los servicios de salud en caso de necesidad. La cobertura de la afiliación paso del 23.7% durante 1993 al 57.2 % en 1997 algo positivo, pero hubo un aplanamiento de la distribución de la afiliación en 1997. Las razones para no utilizar los servicios de salud son barreras funcionales económicas y geográficas que dificultan la accesibilidad a los servicios de salud. Se observa que entre los segmentos no cubiertos por la seguridad social la falta de dinero constituye la principal razón para no utilizar los servicios de salud y en los afiliados, esta es la segunda razón más importante.</p> <p>Equidad entre la utilización de servicios. La accesibilidad</p>

	<p>y la utilización se evaluaron por tres indicadores, 1. Utilización de los servicios hospitalarios en el último año. 2. Utilización de los servicios de salud ambulatorios en los últimos treinta días. 3. Razones para no utilizar los servicios de salud. Entre 1993 y 1997 la tasa de hospitalización y de servicios de salud asociadas con la afiliación fueron de 1.7 a 3.4, y de 7.7 a 12.4 respectivamente. La afiliación a la seguridad social y la utilización de servicios está asociada a la morbilidad general, general crónica, con actividad restringida y estado general de salud, en el 97 las tasas de uso de servicios de salud fueron 7.2% y 12.4% entre las personas con y sin actividad restringida respectivamente. Los incrementos de las tasas en la utilización de servicios, son mayores en los casos de servicios de salud ambulatorio con respecto a los servicios de hospitalización, diferencias más acentuadas entre la población afiliada y la no afiliada, durante en 1997 con respecto a 1993.</p>
<p>Discusión</p>	<p>La reforma de salud colombiana tuvo un impacto importante sobre el acceso a los servicios de salud, como resultado del incremento de la cobertura del aseguramiento a partir de 1993 especialmente en los segmentos pobres y vulnerables.</p> <p>No hay un impacto sobre la equidad en la accesibilidad y en la utilización final de los servicios</p> <p>El aseguramiento está generando un excesivo consumo de servicios de salud, superior a lo óptimo desde el punto de vista económico.</p> <p>Equidad en el acceso a través del aseguramiento. Entre 1993 y 1997 La cobertura de aseguramiento pasó del 20 al 57%, pero queda mucho camino por recorrer, la meta fijada para el 2000 está muy lejana aun, cerca del 40% de la población está por fuera del sistema</p> <p>Equidad en la utilización final de servicios</p> <p>Podría también haber error o ineficiencia de la muestra en dicho estudio, cabe la posibilidad de que los afectados del sistema se expresen más claramente a través de otros indicadores de otras investigaciones y arroje mayores detalles sobre la actividad técnica, oportunidad en la atención y gasto en salud.</p> <p>Consumo excesivo de servicios debido a la selección sesgada de riegos y riesgo moral. Muchas de las EPS no aceptan la afiliación de usuarios con enfermedades preexistentes e inducen el movimiento con alto grado de siniestridad hacia las EPS públicas como el ISS, esto está prohibido, pero las agencias encargadas de la vigilancia y</p>

	<p>control no son suficientemente eficaces para evitarlo. El riesgo moral explica que las aseguradoras aportan menos del dinero a las IPS, disminuyendo el gasto para el asegurador, traducido en el aumento de la cantidad de demanda de servicios</p> <p>Implicaciones para la política. Más que reformas al sistema lo que se requiere es redoblar los esfuerzos para mejorar la aplicación efectiva de los instrumentos y reglas de juego vigentes, el régimen subsidiado es el más crítico para el logro de los objetivos de la equidad, el sistema tiene recursos y herramientas para focalizarlos (sisben), actuando principalmente en las direcciones territoriales de salud. En el régimen contributivo, el reto es enfrentar el obstáculo principal que es la evasión y elusión de los aportes al SGSSS.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>El documento hace énfasis en la accesibilidad y la equidad en los servicios de salud al SGSSS, mostrando estudios reales que coinciden con las vivencias y supuestos del diario vivir. Sin ser experimentados en el tema, después de ver el panorama general de la ley 100 vemos que es un sistema completo de tipo social, vemos que el acceso al sistema de salud en especial para el régimen subsidiado, aunque ha incrementado, desde el inicio de la ley no se ha llegado al total de la meta. Pueden existir varios factores por los que esto ocurra, quizás las personas no se han preocupado por acceder, no hay un adecuado control y ejecución por parte de las direcciones territoriales encargadas de hacer la gestión, muchos de los beneficios los han adquirido personas con nivel socioeconómico favorecidos, con capacidad de pago, pero la avaricia, y falta de ética logran obtener beneficios que deben ser para los más necesitados y además en esta situación influyen los entes reguladores que lo permiten.</p> <p>Algo que se menciona además es la no utilización de los servicios especialmente en el régimen subsidiado, debido a la deficiencia económica, accesibilidad a dichos servicios promoviendo la abstención, mientras que en el régimen contributivo es más prevalente el abuso del sistema, consultas y utilización exagerada sin necesidad.</p> <p>Estos dos efectos pueden explicar en parte el por qué no hay equidad en el sistema, además de la no afiliación total al régimen subsidiado. Siempre los más pobres se ven más perjudicados</p>

ARTICULO 6

Título	Alternativas para financiar el Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia: avances, limitaciones y retos
Autor y Año	Jairo Humberto Restrepo Zea. 2012
Ubicación del artículo (base datos)	Hinari access to research
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Grupo de Trabajo del Grupo de economía de la salud, Universidad de Antioquia. Alternativas para financiar el Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia: avances, limitaciones y retos. 2012.
Objetivo del artículo	El objetivo del artículo es mostrar de manera concreta las limitaciones y los avances en lo referente a la estructura misma SGSSS y contempla además todos los retos del gobierno nacional y de todos los demás actores en cuanto a cobertura universal, competencia regulada, financiamiento y equidad.
Palabras Clave	Financiamiento Cobertura Equidad.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	El autor es contundente al manifestar las condiciones de la población colombiana y los avances significativos obtenidos con la implementación de la ley 100 en Colombia, además hace un análisis bien claro en lo referente a cobertura, financiamiento del sistema y los retos para su sostenibilidad.
Muestra	Distribución de los recursos del sistema general de seguridad social en salud.

Intervención y proceso medición	El proceso de medición se llevó a cabo tomando los indicadores del gobierno nacional y comparándolos con las metas para cada uno de ellos.
Resultados	El autor es contundente que aunque aún no se han logrado las metas propuestas en cuanto a cobertura y financiamiento, el reto es replantear las circunstancias que envuelven el SGSSS para así lograr las metas propuestas. Además argumenta que la corrupción es un agravante de la situación actual de seguridad social integral en Colombia.
Discusión	El sistema colombiano se enfrenta a un desborde financiero ocasionado por una mayor demanda y por la prescripción de servicios y medicamentos que no hacen parte del POS, a los cuales se accede mediante trámite especial de comité técnico o vía acción de tutela, y su financiación se cubre por fuera de la capitación de las EPS, así que está a cargo del fondo nacional. El desequilibrio, que en 2008 dio lugar a la Emergencia Social, resulta agravado por la corrupción.
Análisis Personal	El autor nos muestra desde el inicio del artículo como está diseñado el sistema mismo, basado de manera muy acertada en la legislación colombiana y la ley 100 de 1993. De manera muy pertinente nos muestra como se financia el sistema, cuáles son sus falencias y los retos que tienen los diferentes actores para mejorar las circunstancias que rodean la seguridad social integral de los colombianos.

ARTICULO 7

Título	Health in Colombia: a system in crisis.
Autor y Año	Paul Christopher Webster. 2012
Ubicación del artículo (base datos)	Google académico.
Citación	Webster, Paul Christopher. Health in Colombia: a system in

Bibliográfica del artículo en Vancouver)	crisis. Canadian Medical Association Journal, 2012, vol. 184, no 6, p. E289-E290.
Objetivo del artículo	El objetivo del artículo es mostrar de manera clara las deficiencias del SGSSS en todos los aspectos, los cuales incluyen financiamiento, calidad en la atención, accesibilidad a los servicios de salud, oportunidad en la atención, falta de control de los entes estatales, costo de los productos farmacéuticos entre otros.
Palabras Clave	Crisis Precio Control
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Los conceptos manejados por los artículos son la falta de oportunidad en la atención de los pacientes, los altos costos de los medicamentos, la corrupción que no permite un adecuado funcionamiento del sistema y las deficiencias en el financiamiento y su desborde.
Muestra	Indicadores del estado en cuando al SGSSS
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultados	El desborde financiero, la falta de control, los altos costos de los insumos farmacéuticos, la mala calidad de la atención, la falta de control de los entes estatales y la corrupción han llevado pueblo colombiano a gran inequidad en seguridad social integral.
Discusión	El artículo es realista en lo referente al desvío de recursos, a la corrupción del sistema, a la falta de control de las autoridades y al descalabro financiero actual.
Análisis Personal	Todos los actores del SGSSS han proporcionado su granito de arena para desestabilizarlo. La sobrefacturación por parte de IPS, el desvío de recursos por parte de EPS, los

	recobros injustificados ante el FOSYGA, los paseos de la muerte, sobrecosto de medicamentos, y la falta de control han llevado a un descalabro financiero extremo y que redunde en mala atención para los pacientes.
--	--

ARTICULO 8

Título	Rectoría de la vigilancia en salud pública en el sistema de seguridad social en salud de Colombia: estudio de casos.
Autor y Año	López Yolanda Lucía, González Claudia, Gallego Berta Natalia, Moreno Ana Lida. 2009
Ubicación del artículo (base datos)	Base de datos: Scielo http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572009000400011&lng=enç Biomédica 2009;29:567-81.
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	López Yolanda Lucía, González Claudia, Gallego Berta Natalia, Moreno Ana Lida. Rectoría de la vigilancia en salud pública en el sistema de seguridad social en salud de Colombia: estudio de casos. Biomédica 2009 Dec [2013 Aug 12] ; 29(4): 567-581.
Objetivo del artículo	Analizar y comprender la forma como los municipios y departamentos han instaurado y ejercido las acciones encaminadas a la vigilancia de la salud pública dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia luego de la ley 100 de 1993, concluyendo los cambios en el sector salud y sus repercusiones en las comunidades actuales.
Palabras Clave	Sistemas de salud Vigilancia Reforma en atención de la salud Seguridad social Regulación en salud Colombia.

<p>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</p>	<p>Luego de la implementación de la ley 100 o reforma del sistema de salud colombiano se evidenció que la vigilancia y supervisión de la salud pública debe ser llevada a cabo por el Estado bajo revisión estricta del Ministerio de la Protección Social pero también se reveló que existen grandes dificultades con la organización y aplicación de dicha labor con grandes incertidumbres con respecto a la vigilancia en salud pública, poca claridad de las funciones y responsabilidad de los colaboradores del sector salud.</p> <p>Paulatinamente se ha visto un cambio en el cual la responsabilidad de la supervisión es dejada a cargo de los departamentos y municipios a pesar de no contar con los suficientes recursos físicos, económicos y humanos.</p> <p>La vigilancia en salud pública se ha encaminado solo en el reporte de eventos o enfermedades de interés público sin darle articulación a dicha información lo cual crea una problemática nacional ya que el objetivo de la recolección de datos es analizarla, interpretarla para que posteriormente se cree y diseñen acciones que mejoren cada día más las condiciones de salud y la calidad de vida de nuestras poblaciones.</p> <p>Aunque se cuenta con el SIVIGILA (software) para el reporte de casos de interés público, toda la información es fragmentada y no está cumpliendo con la real intención del sistema la cual sería unificar y analizar resultados con el fin de llegar a conclusiones y tomar medidas de ataque encaminadas a fortalecer la promoción y prevención en la salud de la población colombiana.</p>
<p>Muestra</p>	<p>Se llevó a cabo un estudio cualitativo según el método de estudios de casos múltiples e institucionales en 5 departamentos (Huila, Boyacá, Antioquia, Meta, Córdoba) y 11 municipios (San Agustín, Pitalito, Villa de Leyva, Sogamoso, Acacías, Puerto López, La Estrella, Bello, Yolombó, Planeta Rica, Loricá) en el año 2004, 10 años después de la reforma en salud.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>El criterio para la selección de los departamentos correspondió a aquellos que tenían el laboratorio departamental de salud pública con mayor desarrollo en la región. En cada departamento, se eligieron dos municipios: uno con prestación de servicios de salud de primer nivel y, el otro, con segundo nivel, que tuvieran una Empresa Social del Estado Hospital y perfil epidemiológico con</p>

	registro de eventos de vigilancia en salud pública.
Resultados	<p>-Los entes departamentales disminuyeron evidentemente los recursos que eran destinados a la vigilancia y control de la salud pública en ésta zona y que anteriormente era función exclusiva del Estado.</p> <p>-A nivel municipal se evidenció deficiencias en el personal, pocos recursos financieros, que no permite el adecuado cumplimiento y vigilancia de la salud pública.</p> <p>-Aunque se reciben adecuadamente las notificaciones de las enfermedades de interés público, se halla una disminución de las responsabilidades en la regulación de los servicios de salud por parte del Estado.</p> <p>-Se encontraron grandes ajustes financieros y disminución importante del presupuesto por parte del Estado lo cual se vió reflejado en recorte de presupuestos para municipios y departamentos implementando medidas de austeridad.</p> <p>-Los entes municipales con recursos propios no son capaz de asumir todas las responsabilidades de vigilancia e implementación de la salud pública, otorgadas por la ley luego de dichas reformas de salud a través de descentralización.</p> <p>-Se halló incumplimiento de dichas funciones con retroceso marcado en el control epidemiológico y vigilancia, demostrado por resurgimiento de brotes epidémicos, subregistro de enfermedades de interés público, poca aplicación de protocolos y guías como resultado de un modelo de atención sanitaria individual.</p> <p>-La vigilancia en salud pública la hemos centrado en el reporte de enfermedades y notificación de eventos con un carácter netamente epidemiológico.</p> <p>-Las acciones encaminadas a la prevención de la enfermedad, no se articulan, lo contrario se aplican de manera individual dejando responsabilidades a entes de salud que no están capacitados para asumir dicha responsabilidad.</p> <p>-Existen grandes trabas en el manejo de la información de municipios y departamentos, ya que no disponemos de estándares para el análisis de dicha información.</p> <p>-Aunque se dispone del SIVIGILA aún persisten dificultades para el acceso a la red con grandes fragmentaciones de los datos los cuales no están enlazados con la situación de salud de los municipios.</p> <p>-El personal encargado de la vigilancia en salud pública no está suficientemente capacitado para estas funciones ya que no se ha establecido con claridad su perfil y</p>

	<p>capacitación profesional.</p> <p>-Se ha documentado que solo entre el 5.3 y el 12% del personal de salud se dedica a ejercer funciones de salud pública.</p> <p>-Como gran resultado se evidenció debilitamiento de los programas de salud pública como consecuencia de la descentralización y la reforma a la salud.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Luego del análisis del presente artículo nos damos cuenta que la vigilancia en salud pública a nivel de municipios principalmente, es muy deficiente debido a la falta de recursos y a la asignación de tareas por parte del Estado para las cuales no estaban preparados además el recurso humano no está lo suficientemente calificado para ejercer dicha función o no se cumplen con parametrizaciones para la aplicación de dichos cargos por lo cual se está filtrando personal que no tiene el perfil óptimo retardando y entorpeciendo aún más dicha labor.</p> <p>Otra gran limitación se trata del manejo de la información y de los reportes en las instituciones de salud privadas, las cuales en muchas ocasiones no participan de los comités de vigilancia epidemiológica por lo tanto sesgan enormemente la información dejando la mayor responsabilidad al sector público, el cual no cuenta con la suficiente vigilancia y control estatal.</p> <p>Dicha labor de control y vigilancia no está cumpliendo con lo planteado en la ley 100 en la cual se busca la universalidad y equidad de los servicios, en cambio se están disminuyendo paulatinamente las funciones del Estado con limitación de recursos para dicha labor, también se está dando prioridad a la atención clínica sin tener en cuenta la atención primaria e integral de las comunidades además del debilitamiento progresivo de los programas de salud pública, los cuales previamente eran una fortaleza del sistema.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Cualquier sistema de salud debe basarse en una atención primaria en salud sólida que facilite la promoción y prevención de la enfermedad y no solamente la atención de la morbilidad en las comunidades.</p> <p>La salud pública se ha visto descuidada por lo entes responsables principalmente por la delegación de funciones</p>

	<p>en su control, nos hemos limitado al reporte de enfermedades de interés pública, que aunque contamos con un buen software, no estamos encadenando los eventos que nos permitan analizar la información e implementar estrategias que generen cambios en la salud colombiana.</p> <p>Hemos visto aumento de la incidencia de enfermedades de interés público, que aunque no habían sido erradicadas en un 100%, su presentación había sido muy controlada, tal es el caso del bacilo Tuberculosis y de la Bordetella Pertussis cuyo número de casos van en aumento cada día más, una de las probables causas es la falta de vigilancia y control porque contamos con tratamientos gratuitos pero probablemente no estamos implementando medidas de búsqueda activa y control del contagio porque aunque se reportan los casos no se están haciendo ni implementando los planes de mejora necesarios.</p> <p>En el país contamos con personal suficientemente capacitado para la función de vigilancia en salud pública pero muchos de los cuales se encuentran ejerciendo labores que no son acordes con sus conocimientos debido a que dichos cargos se encuentra no parametrizados o infiltrados por la politización de la misma salud.</p> <p>Debemos también tener en cuenta que los recursos destinados a ésta labor son pocos y se dedican exclusivamente a promover programas sin trascender más a fondo, lo cual impide el desarrollo de nuevas estrategias aunado al poco personal destinado para dicho trabajo.</p> <p>Si no tomamos conciencia de la función primordial que ejerce la salud pública en el bienestar social, no seremos capaz de mejorar la calidad de vida, viéndonos cada día más sometidos a nuevas y más resistentes cepas que causan enfermedad.</p>
--	---

ARTICULO 9

Título	El derecho a la salud. Una búsqueda inacabada para la sociedad colombiana
Autor y Año	Wilson Giovanni Jiménez Barbosa (2009)

Ubicación del artículo (base datos)	http://www.scielo.org.co/scielo.php
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	JIMENEZ BARBOSA, Wilson Giovanni. El derecho a la salud una búsqueda inacabada para la sociedad colombiana. Rev. esc.adm.neg, Bogotá, n. 67, Sept. 2009 .
Objetivo del artículo	Conocer la situación actual de nuestro Sistema General de Seguridad Social luego de la reforma o ley 100 de 1993 analizando la vulnerabilidad del derecho a la salud y los múltiples recursos judiciales interpuestos por las comunidades en busca de sus objetivos y cubrimientos amparados.
Palabras Clave	Sentencia Corte Constitucional Tutela Comité técnico científico Planes de beneficios Ministerio de la Protección Social
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La salud en Colombia según nuestra Constitución no es considerada un derecho fundamental pero por ir de estrecha mano con el derecho a la vida y a la dignidad humana debe ser considerada como tal, amparados en la corte y sus múltiples sentencias pero a partir de la ley 100 de 1993 los involucrados en el Sistema han evadido de numerosas formas su responsabilidad, obligando a los usuarios a interponer múltiples acciones legales para lograr su cumplimiento y garantizar el derecho a la salud.</p> <p>Nuestra reforma convirtió la salud en un bien generador de lucro para ciertas esferas de la sociedad basándonos en un modelo de aseguramiento a costa del bienestar de la población.</p> <p>Debido a estas múltiples inequidades se ha llevado a un ascenso en las acciones legales por parte de las personas que han visto cada día más vulnerados sus derechos y la necesidad de gozar de bienestar.</p> <p>Existen múltiples factores que confluyen en la inequidad de la red de salud y que sumados a la mala utilización del</p>

	<p>recursos nos alejan de los objetivos como universalidad y bienestar dentro de los cuales y más pesados es el factor dinero , convirtiendo la salud en un bien transable que solo busca rendimientos económicos haciendo necesario y en forma urgente un giro completo a los objetivos los cuales deben basarse en la búsqueda del bienestar común y la salud comunitaria, no solamente en el signo pesos, optimizando recursos existentes y dando buen uso a los bienes comunes.</p>
Muestra	Artículo de revisión
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> -Se encontró aumento en la carga de enfermedad y barreras para el acceso a la salud vulnerando los derechos fundamentales de las personas. - Los comités técnico científicos se han vuelto pocos diligentes en la autorización de servicios No Pos. -Debido a las coberturas y planes de beneficios incluidos en el SGSSS o ley 100, se facilitó la negación de servicios incluidos en el POS para los usuarios, aumentando la inequidad del sistema. -Disminución de los recursos que son dados para el subsidio a la oferta los cuales se encargan de financiar a la población aún vinculada en los Hospitales públicos. -Aumento indiscriminado de las acciones de tutela por parte de las poblaciones tratando de lograr servicios necesarios para lograr su total bienestar, llegando al punto de abarcar un tercio de todas las acciones legales tutelares del país. -La mayoría de acciones de tutelas son interpuestas al régimen contributivo al parecer por vacíos normativos ya que la mayoría son por servicios POS negados. -Entre 1994 y 2006, el Estado le debe a la subcuenta del FOSYGA cerca de 2 billones de pesos correspondientes al 1:1 del aporte de los afiliados según lo estipulado en la ley 100 de 1993. -Disminución del aporte a la salud por gran parte de la población trabajadora debido a la flexibilización laboral y la contratación a través de figuras como la prestación de servicios. -Se encontró que las EPS se quedan con el 30% de los

	<p>recursos que generalmente se utilizarían para cubrir los servicios POS de los usuarios.</p>
<p>Discusión</p>	<p>El modelo del sistema de salud colombiano se ha convertido en un generador de lucro cesante pero debido a la alta carga de enfermedad de la población y la poca objetividad en la aplicación de los programas de promoción y prevención (lo cual evitaría llegar a muchas enfermedades de alto costo), se están consumiendo los recursos y dejando a cargo del Estado toda la parte financiera, lo cual obligaría a invertir mayores recursos en el sector salud.</p> <p>Se necesita replantear el curso y objetivos del sistema, dando prioridad a la atención primaria y enfocándonos en la salud de las comunidades y no en el rendimiento financiero de dichas empresas, generando cada día más equidad y universalidad en todas las comunidades lo cual sería el objetivo fundamental del sector salud.</p> <p>Se están evadiendo responsabilidades de las EPS basados en vacíos normativos creados con la ley 100 pero además se han modificado a favor de los dirigentes o clases más favorecidas que manejan el sector , además de la utilización y desviación de recursos encargados de cubrir las necesidades de salud de mucha parte de la población aumentando en forma indiscriminada la interposición de medidas legales para la obtención de beneficios que en la mayoría de ocasiones están dentro del plan de beneficios y que en más del 70% son para el régimen contributivo.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud se ha visto entorpecido por múltiples factores que lo desvían sus objetivos inicialmente concebidos y los cuales han sido manipulados por ciertos sectores de la sociedad acomodándolos para el logro de beneficios personales.</p> <p>Muchos servicios de los cuales tenemos derecho dentro de los planes de beneficio son negados debido a múltiples vacíos legales y para los cuales las personas tienen como única defensa las acciones de tutela, lo cual solamente congestiona despachos judiciales ya que en su mayoría son fallados a favor de los pacientes.</p> <p>La salud no es considerada un derecho fundamental de las personas, pero es lógico que tengamos derecho a la vida y no a la salud? O es que estos dos conceptos no son ligados directamente. Quién se sentó a redactar nuestra</p>

	<p>Constitución Política y dejó por fuera uno de los mayores derechos que tenemos las personas o es que dichos gobernantes son inmunes a la enfermedad o tal vez tengan un régimen especial que no discrimina beneficios.</p> <p>A pesar de ser uno de los países que más porcentaje del producto interno bruto destina a salud, somos uno de los más alejados a la equidad y universalidad, no es un secreto que dichos dineros cada día son mal utilizados y dirigidos a ciertas personas para obtención de beneficios personales.</p> <p>Tenemos implementados unos buenos programas de promoción y prevención pero los cuales se dedican solo a cumplir con las mínimas metas establecidas por el gobierno sin analizar y trascender en la salud común, ya que dichos objetivos se centran en realizar determinado porcentaje de exámenes sin tener en cuenta intervenciones que realmente benefician la población colombiana.</p> <p>Nuestro objetivo es utilizar los recursos con conciencia y administrar nuestros recursos de manera eficiente logrando aportar un granito de arena para el bienestar común.</p>
--	--

ARTICULO 10

Título	Acceso a la atención en salud en Colombia
Autor y Año	Ingrid Vargas-Lorenzo, M. Luisa Vázquez-Navarrete y Amparo S. Mogollón-Pérez (2010)
Ubicación del artículo (base de datos)	Base de datos: http://www.scielo.org.co Revista de Salud Pública 12.5 (2010) 701-712
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Vargas Lorenzo, Ingrid; Vázquez Navarrete, Luisa; Mogollón Pérez, Amparo. "Acceso a la atención en salud en Colombia." Revista de Salud Pública 12.5 (2010): 701-712.
Objetivo del artículo	Contribuir al conocimiento sobre el acceso a los servicios en Colombia tras la reforma del sistema de salud, exponiendo los principales resultados y vacíos en las investigaciones.
Palabras Clave	Accesibilidad a los servicios de salud

	Prestación de atención de salud Factores poblacionales Cobertura de la afiliación Calidad en la atención
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Uno de los modelos en Sistemas de Salud, es el de competencia regulada, que fue el adoptado en la Ley 100 de 1993 en Colombia, y en el cual las aseguradoras compiten por la afiliación de la población.</p> <p>Hay necesidad de definir acceso a la atención, siendo uno de los principales objetivos en las políticas sanitarias, y el cual no se debe confundir con accesibilidad, disponibilidad o búsqueda de atención.</p> <p>Dentro de las propuestas teóricas de acceso a la atención se ha desarrollado la de Aday y Andersen, que distingue entre acceso realizado – utilización efectiva de servicios- y potencial – factores que predisponen y capacitan el uso de servicios</p> <p>Nuestro sistema de salud ha sufrido múltiples reformas cuyo proceso ha sido largo y dispendioso.</p> <p>El acceso a los servicios de salud ha sido difícilmente comprendida por los diferentes entes con distintas interpretaciones pero la principal es la cobertura que tienen los usuarios dentro del sistema de salud.</p> <p>En el país no existen suficientes estudios y con la información deseada ya que la mayoría de ellos se basan en encuestas de la calidad de vida que evalúan la prestación de servicios y no el acceso a los servicios de salud, lo cual limita enormemente la veracidad de los resultados por lo cual se pretende en esta revisión acercarnos más a la realidad del acceso a la prestación de servicios de salud que se está viviendo en Colombia conociendo las principales barreras y limitantes para su uso además de los logros alcanzados en los últimos 20 años luego de la ley 100 de 1993.</p>
Muestra	<p>Se realizó una revisión sistemática de la bibliografía, a través de la búsqueda exhaustiva y análisis de artículos originales publicados entre 1994 y 2009. Se incluyeron 27 investigaciones cuantitativas y cualitativas que cumplían los criterios de selección. El análisis se enmarcó en los modelos teóricos de Aday y Andersen y Gold, que diferencian entre acceso potencial y realizado y consideran las características de la población,</p>

	<p>proveedores y aseguradoras que influyen en la utilización.</p> <p>El principal criterio de selección de los artículos fue que se tratara de investigaciones originales que analizaran las características del acceso en Colombia, barreras y determinantes relativos a la población, proveedores y aseguradoras, o patrones de utilización de los servicios.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Para el análisis de los resultados se utilizó el marco de acceso de Aday y Andersen y Gold. En primer lugar, se analizaron los resultados de los estudios relacionados con el acceso potencial, y en segundo lugar los relacionados con el acceso realizado.</p> <p>Se analizaron 27 que cumplían los criterios de selección. Los estudios analizados son de tres tipos: a. Estudios de determinantes del uso de los servicios; b. Estudios de la desigualdad en la utilización; y c. Estudios desde la perspectiva de los actores sociales. La mayoría de estos estudios se han realizado diez años después de la introducción de la Ley 100</p>
<p>Resultados</p>	<p>Los factores que predisponen a la utilización de la atención, están relacionados con las características socio-demográficas, creencias y actitudes frente al uso y el conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios. La mayoría muestra que la probabilidad de utilizar los servicios curativos aumenta con la escolaridad, la edad – niños y adultos- y el sexo femenino.</p> <p>Otro tipo de factores poblacionales que influyen en la utilización de los servicios son los capacitantes, de carácter personal/familiar como el ingreso económico, la situación laboral o la cobertura sanitaria; o de tipo social, como la existencia de redes sociales</p> <p>En los estudios desde la perspectiva de los actores emergen otros factores importantes que incapacitan el uso de servicios como la falta de redes de apoyo, especialmente en poblaciones con una carga familiar y laboral, como las mujeres o vulnerables económicamente, y la falta de integración en su entorno social en el caso de la población desplazada</p> <p>Algunos de los estudios revisados analizan la evolución del acceso realizado a los servicios de salud por tipo de afiliación. El indicador que se utiliza con más frecuencia es el porcentaje de población que acudió al médico después de presentar un problema de salud en el último mes. Estos estudios no muestran que se haya producido</p>

	<p>un aumento de la utilización de los servicios tras la Ley 100. Los estudios basados en las Encuestas de Calidad de Vida de 1997 y 2003 reflejan una caída en el porcentaje de individuos que acudió al médico, del 77,1 % al 67,9 %.</p>
<p>Discusión</p>	<p>La afiliación a un seguro no es equivalente a acceso adecuado. En este sentido, los estudios analizados no parecen indicar un aumento en la utilización de servicios, salvo en el régimen subsidiado-, así como también muestran la persistencia de barreras que dificultan el acceso, incluso para la población asegurada.</p> <p>Entre los factores que incapacitan el acceso destacan el nivel socioeconómico y el lugar de residencia. La barrera económica sigue apareciendo como una de las causas principales para no utilizar los servicios entre la población no asegurada y la del régimen subsidiado, lo cual muestra fallos en la protección financiera (43) del seguro subsidiado.</p> <p>En cuanto a las barreras relacionadas con la prestación de servicios, existen dificultades relacionadas con la accesibilidad geográfica de los servicios y con elementos organizativos como los trámites administrativos, el tiempo de espera y la mala calidad de la atención. Las dificultades en cuanto a accesibilidad podría reflejar deficiencias importantes en la contratación de proveedores por parte de las aseguradoras, así como la concentración de los prestadores privados en determinadas zonas.</p> <p>La revisión de los estudios de acceso en Colombia muestra debilidades también en las fuentes de información utilizadas. Muchos de los estudios se basan en las Encuestas de Calidad de Vida, con importantes limitaciones: las razones de no uso se incorporan para complementar la evaluación de la calidad de los servicios, no para evaluar el acceso por sí mismo; los motivos de no uso son una lista cerrada de opciones excluyentes.</p> <p>Aunque el panorama sigue siendo desfavorable, hay que destacar el aumento al acceso de atención en servicios de salud principalmente clase media y bajas trabajadoras, lo cual evita dejar a dichas poblaciones a la merced de sus condiciones sociales.</p> <p>Se sacan bastantes conclusiones en ésta revisión pero seguimos limitados por lo pocos estudios con criterios definidos y sesgados por limitantes principalmente factores poblacionales siendo necesario implementar o</p>

	<p>realizar nuevos proyectos de la misma clase pero que evalúe el acceso a largo plazo y en el continuo del tiempo siendo mejor de carácter cualitativo, lo cual nos podría ubicar en un contexto más real de la situación real de la salud en Colombia.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>El sistema de Salud en Colombia ha sido objeto de muchos comentarios, tanto en defensa de sus beneficios como críticas a sus puntos débiles. Uno de los aspectos defendidos es el aumento de cobertura de la población, pero en este artículo nos queda claro que no es lo mismo estar afiliado a un seguro en salud a tener acceso adecuado a los servicios de salud.</p> <p>El objetivo del artículo fue resuelto parcialmente ya que se realizó un trabajo descriptivo de los diferentes artículos encontrados con relación a accesibilidad pero no se logra especificar el impacto de la reforma de Salud a la accesibilidad a los servicios de salud.</p> <p>El sistema de salud colombiano luego de la ley 100 de 1993 ha tenido profundos cambios, ha sido muy bien planteada pero su aplicación se ha visto entorpecida por malas directrices y fugas de dinero.</p> <p>En cuanto al acceso a los servicios de salud nos encontramos en un gran dilema, se ha visto un aumento en la afiliación de la población pero cada vez se han encontrado más barreras principalmente de carácter económico para su utilización.</p> <p>Dichas limitantes se aumentan por la mala calidad de la atención pero sin generalizar ya que aún contamos con prestadores de calidad y responsabilidad social.</p> <p>El acceso a los servicios muchas veces se mide por disponibilidad de un carnet o de una afiliación pero sin tener en cuenta la verdadera prestación del servicio, contamos con muchas instituciones pero las cuales se limitan por las trabas del sistema y los numerosos dineros de copagos y cuotas moderadoras que muchas veces no pueden ser subsidiadas por los usuarios que apenas alcanzan a pagar sus gastos mínimos.</p> <p>Otro factor agravante son los desplazamientos de las poblaciones que viven en áreas alejadas cuyos costos deben ser costeados por ellos mismos sin hablar de la movilización a otras ciudades y de sus familias para la realización de exámenes y procedimientos que no son capitados en su ciudad de origen debido a que son más</p>

	<p>económicos en otras regiones y cuyo traslado debe hacerse en compañía de un familiar.</p> <p>Toda ésta situación nos hace pensar que no contamos con la suficiente auditoría y seguimiento del acceso a los servicios de salud por parte de los entes gubernamentales, lo cual facilita el aumento en las limitantes al uso de servicios y como resultado final nos aleja de la tan anhelada universalidad y equidad afectando de manera directa la calidad de vida de las poblaciones.</p>
--	--

ARTICULO 11

Título	Evolución conceptual y normativa de la promoción de la salud en Colombia.
Autor y Año	Blanca Patricia Mantilla - Magister en Pedagogía, Especialista en Administración de Servicios de Salud y Especialista en Docencia Universitaria – 2011
Ubicación del artículo (base datos)	Google scholar
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Mantilla, Blanca Patricia. "Evolución conceptual y normativa de la promoción de la salud en Colombia." Revista Salud Universidad Industrial de Santander. 43.3 (2011): 299-306.
Objetivo del artículo	Hacer una revisión sobre la evolución de los conceptos y la normatividad promulgada en Colombia, señalando las confusiones, avances y retrocesos en la implementación de los diferentes decretos y resoluciones sobre la promoción de la salud.
Palabras Clave	Determinantes de la salud Salud y bienestar Calidad de vida y salud

**Conceptos
manejados en el
artículo
(Introducción-
planteamiento
problema)**

En Colombia el concepto de promoción de la salud está enmarcado en el artículo 9 de la Constitución Política.

A su vez para la prestación de servicios la promoción de la salud y prevención de la enfermedad se creó el Plan de Atención Básica (PAB).

En la ley 100 de 1993 la promoción de la salud está definida como: “la integración de las acciones que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar más allá de la ausencia de enfermedad mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales para los individuos y las colectividades”. Enmarcada en la Resolución 3997 de Octubre de 1996 y en la 4288 de Noviembre del mismo año.

Según la Carta de Ottawa la define como “proceso de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para que puedan mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”

Al observar los dos enfoques se observa la primera dificultad ya que en Colombia la promoción de la salud está definida como acciones, entre tanto a nivel mundial se habla de procesos para mejorar la salud. Además, en la ley Colombiana se igualaron los conceptos de promoción y prevención.

A partir de la Ley 1122 de 2007, la cual modificó algunos apartes de la Ley 100 de 1993 y ajustó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se estableció una nueva reglamentación para la Salud Pública, creando un Plan Nacional de Salud Pública, que hace parte del Plan Nacional de Desarrollo. El objetivo es “a atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar”, la responsabilidad de su cumplimiento es compartida entre las EPS a través del POS y las entidades territoriales a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, que reemplazó al PAB.

De acuerdo a esta modificación la promoción de la salud es definida como “proceso político y social que abarca las acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano inalienable, a consolidar una cultura de la salud que involucre a individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las

	<p>instituciones en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva”</p> <p>En el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 se plantea un claro enfoque de trabajo interinstitucional e intersectorial, proponiendo iniciativas de enfoque comunitario, de desarrollo y evaluación de estrategias de información, educación, comunicación social con enfoque etno-cultural, realizando abogacía para el desarrollo de programas conjuntos con las instituciones educativas y otros sectores del desarrollo, construyendo redes sociales y grupos de apoyo con las comunidades y reorientando los servicios en asocio con las entidades aseguradoras EPS y prestadoras de servicios de salud.</p> <p>Posterior a este decreto, el Ministerio de la Protección Social promulgó la Resolución 425 de 2008, por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales, mediante la formulación de un Plan de Salud Territorial que debe hacer parte del Plan de Desarrollo Territorial.</p> <p>El Plan de Salud Territorial incluye el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas donde se plantean una serie de acciones y campañas en diversos temas en salud, pero que nuevamente se plantean solo como acciones de poco impacto poblacional y a corto tiempo.</p>
Muestra	Análisis Normativo
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultados	<p>La promoción de la salud y prevención de la enfermedad en Colombia está fundamentada en un marco teórico conceptual y procedimental para llevar a cabo la promoción de la salud y la calidad de vida, basados en la salud como derecho humano y determinada socialmente, en la reglamentación final en la que se plantea a departamentos y municipios lo que deben hacer en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, desaparece la promoción de la salud como un proceso y se la confina a acciones basadas en la difusión o fomento de la atención a través de los servicios de salud,</p>

	con muy poca o ninguna articulación intersectorial ni participación comunitaria.
Discusión	La autora afirma mediante la revisión de la ley que bajo el marco legal colombiano, estamos lejos de acercarnos al cumplimiento de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, comenzando por la confusión de términos, convirtiéndolos casi en sinónimos y llevando a la práctica, intervenciones tales como campañas de información y educación.
Análisis Personal	<p>El artículo logra de forma general el objetivo planteado. Hace una revisión en cuanto a normatividad existente en el tema y es claro en mostrar las dificultades que de raíz se observa en el planteamiento de los conceptos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que ha llevado a generalizar las intervenciones para los dos, volviéndolos sinónimos.</p> <p>Además se hace claro que en la aplicabilidad se debe trascender en las acciones que se están aplicando en la actualidad, tales como campañas de educación o programas, a crear una cultura en salud donde se intervenga el ser desde sus diferentes aspectos para lo cual se requiere del trabajo conjunto e interdisciplinario de diversas ramas de las humanidades.</p> <p>La base de las políticas en salud debe estar enmarcada en la promoción de la salud, vista desde acciones saludables y no solo bajo la visión de la enfermedad.</p>

ARTICULO 12

Título	La calidad en la prestación de los servicios de salud, un imperativo por lograr.
Autor y Año	Restrepo C. Jaime 2007
Ubicación del artículo (base datos)	Jaime Restrepo, revista nacional de salud pública página web scielo

Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Restrepo C Jaime. La calidad en la prestación de los servicios de salud: un imperativo por lograr. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [serial on the Internet]. 2007 Jan [cited 2013 July 29] ; 25(1): 78-81.
Objetivo del artículo	Dar a conocer en resumen la continuidad de la salud quebrantada de nuestro país, y que con ese deseo de mejorar las falencias se deberán hacer modificaciones en la legislación en pro de los colombianos.
Palabras Clave	Promoción de la salud Prevención de la enfermedad Modificaciones
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La transición de la legislación antes de la ley 100 y después de ella, fue un cambio tajante tanto para los empleados profesionales de la salud y las entidades prestadoras del servicio, con la nueva ley se pretendía solucionar los problemas de salud pero no fue así, aunque es una ley de solidaridad y equidad para todos se divide en dos grupos subsidiados y cotizante, una ventaja grande es el cubrimiento en salud aproximadamente 34 millones de colombianos se encuentran en el sistema 18.5 millones al régimen subsidiado y 15.5 al régimen contributivo, aunque se han recuperado muchos hospitales que están a punto de cierre y el Sisbén.
Muestra	De tipo cualitativo por referirse a descripción de una realidad.
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultados	Con las nuevas reformas se buscara en la legislación cambios positivos, y se llevara a cabo a través de una comisión de regulación de salud este se encargara de mejora el flujo de recursos apoyara a los usuarios, mejorara la cobertura, se trabajará fuertemente en calidad, le dará gran importancia a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, busca mejorar la financiación, creara una figura de defensor al usuario, le dará herramientas a la supe salud

	para vigilancia y control, todo en busca del mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos.
Discusión	Existen muchas falencias aun, falta el cubrimiento de la totalidad de la población, mejorar la calidad del servicio, y una administración eficiente. Aunque no solo se ve afectado la población sino también los profesionales de salud, donde se ve afectada la relación con su paciente, la ética se está deteriorando, los recursos para el sistema se están extraviando, no se están cumpliendo con las obligaciones impuestas por la ley y peor aún las entidades encargadas de la vigilancia y control no se están haciendo notar.
Análisis Personal	Entendemos la complejidad del sistema, sabemos también que tiene innumerables reglamentaciones que infortunadamente no se cumplen todas, si la ley se aplicara como debe ser, seríamos un ejemplo de país para el resto del mundo en cuanto a bienestar social. A raíz de los inconvenientes y no cumplimiento de lo ya escrito se crea la manera de mejora la situaciones deficientes, con nuevas directrices pero desafortunadamente a pesar de que se cuenta con el recurso económico para hacer gestión e invertir en cambios, continúan las fugas de este por inadecuadas administraciones lo que hace imposible la recuperación del sistema.

ARTICULO 13

Título	Promoción de la salud y sistema de salud colombiano: reflexiones sobre la formación de profesionales
Autor y Año	Natalia Rodríguez Villamil, Alejandra Valencia González, Paulina Díaz Mosquera (2013)
Ubicación del artículo (base datos)	promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista18(1)_3.pdf

Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Rodríguez Villamil Natalia, Valencia González Alejandra, Díaz Mosquera Paulina. Promoción de la salud y sistema de salud colombiano: reflexiones sobre la formación de profesionales. Hacia la promoción de la salud [serial on the Internet]. 2013 June [cited 2013 Aug 11] ; 18(1): 26-4
Objetivo del artículo	Reflexionar sobre los retos para la formación de profesionales de salud, en un contexto de tensiones entre los postulados de la promoción de la salud y su concreción en el sistema de salud colombiano.
Palabras Clave	Sistemas de salud Promoción de la salud Educación profesional Política de salud Colombia
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Como es la promoción de la salud en la experiencia real que se vive diariamente. Relación de la promoción de la salud con el ejercicio docente. Describe las tendencias políticas que llevaron al sistema actual de salud, y presenta desarrollos de la promoción de la salud en el plano internacional, lo que lleva a la comprensión de la dinámica del la promoción de la salud en el sistema de salud colombiano y los retos que se presentan en la formación de los futuros profesionales.
Muestra	De tipo cualitativo por referirse a descripción de una realidad.
Intervención y proceso medición	Se realizó un proceso de revisión de artículos en bases de datos electrónicas, seleccionando las más ajustados a tema deseado, se utilizó un software Atlas.ti 5.2, en donde las unidades de análisis se agrupaban por diferentes categorías.
Resultados	Es un llamado al compromiso de la promoción de la salud Para mejorar la calidad de vida reducir inequidades y pobrezas y mejorar la salud.

	<p>Se ha orientado la promoción de la salud en dos abordajes: Uno es el cambio y mejoramiento de estilos de vida de una manera individual, otras son acciones colectivas en relación con los determinantes de las condiciones de salud.</p> <p>El análisis se centra en las reflexiones que se han dado de promoción de la salud con base a la ley 100/93 a la resolución 412/2000 y la ley 715/2001.</p> <p>Resaltando como un referente en la normatividad la carta de Ottawa siendo fuerte en la modificaciones de estilos de vida, para lograr el bienestar se requiere mejorar o cambiar ciertas condiciones de vida lo cual se ha convertido una ilusión, porque al sector que le competer no hace las modificaciones correspondientes</p> <p>A las empresas no les interesa realizar actividades de promoción de la salud por el contrario quieren ahorrarse este dinero para mejorar el sistema curativo</p>
<p>Discusión</p>	<p>Es claro como la legislación y la promoción de la salud pueden cambiar las condiciones de vida pero en la realidad de vive la falta de acceso a los servicios de salud y procesos orientados a la cura y no a la prevención. De acuerdo al decreto 3039/ 2007 abarca acciones de promoción y prevención para mejorar la salud de manera individual y colectiva, pero en la parte práctica se logra de manera fragmentada sin lograr su enfoque de derechos. Pasa lo mismo con la ley 1438 de atención primaria en salud.</p> <p>El sistema de salud no debe atender solo la enfermedad, sino que debe incluir elementos como: libertad, autonomía, condiciones de vida saludables, atención integral y participación de las personas y comunidades. Tenemos gran responsabilidad en la formación los profesionales en esta área donde se afrontan dos cuestionamientos, uno es “la necesidad de la reflexión filosófica y la reconfiguración de la educación en las prácticas de salud” debemos formar sujetos críticos que le den una nueva mirada a las acciones de salud.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>La legislación es clara y da una gran importancia a la promoción de la salud para reducción de costos por enfermedades complicadas prevenibles, mejorar los estilos de vida, el autocuidado individual y colectivo es</p>

	claro que el impacto social seria alto,, pero vemos que los recursos que se deberían destinar para esto son insuficientes, falta compromiso además de muchos otros dependencias que deben estar involucrados, porque como ya se ha dicho mucho, salud es bienestar y el bienestar es algo integral, educación, seguridad, recreación, vivienda, trabajo entre muchos otros. no solo es una labor del sector salud y es aquí donde estamos más lejos de lograr los objetivos.
--	--

ARTICULO 14

Título	Experiencia de implementación de un modelo de atención primaria
Autor y Año	Myriam Ruiz-Rodríguez, Naydú Acosta-Ramírez, Laura A. Rodríguez Villamizar, Luz M. Uribe, Martha León-Franco (2011)
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000600002&lng=es
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Ruiz-Rodríguez Myriam, Acosta-Ramírez Naydú, Rodríguez Villamizar Laura A., Uribe Luz M., León-Franco Martha. Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. Rev. Salud pública [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2013 Ago 11]
Objetivo del artículo	Identificar las dificultades y los factores dinamizadores en la implementación de un modelo de atención primaria en Santander en la última década.
Palabras Clave	Atención primaria de salud Política de salud Gestión en salud Investigación cualitativa

	Sistemas de salud Colombia
Conceptos manejados en el artículo (Introducción planteamiento problema)	<p>La atención primaria en salud es una estrategia para mejorar la calidad de vida de la población y fortalecer los sistemas y servicios de salud</p> <p>Este sistema se cayó con la ley 100 pero en Santander se quiso retomar el propósito de desarrollar acciones específicas con la participación comunitaria</p> <p>Estudio cualitativo con enfoque de pluralismo y triangulación de fuentes y actores con análisis de crítica del límite y de los valores de los juicios este debe ser un modelo por medio de gestión política que tiene tres tareas 1, gestionar al implementación del modelos de atención integral basado en atención primaria (MAPIS) 2, articular el modelo a nivel departamental y municipal, 3, hacer concurrencia financiera y complementariedad en el recurso humano con un incentivo para que el municipio adopte el MAPIS en sus planes territoriales de salud.</p> <p>En la estructura operativa, están las auxiliares de enfermería que son las que tienen acceso a las familias disminuyendo las barreras geográficas y económicas incentivando el uso de los servicios.</p> <p>Los procesos de planeación y ejecución se dan según la caracterización de las familias.</p>
Muestra	Los resultados provienen de perspectiva cualitativa por medio del estudio de casos de seis municipios por criterios de cobertura del MAPIS de acuerdo a las necesidades básicas insatisfechas, condiciones de ruralidad representatividad por provincias.
Intervención y proceso medición	<p>El estudio siguió tres fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identificar el contexto sociopolítico del modelo y de racionalidad política -Entrevista a funcionarios de salud y de administración municipal para explorar el enfoque, el modelo de gestión y las intervenciones y se realizaron visitas a los municipios para conocer la participación y la interacción de las intervenciones. -Talleres de devolución de los resultados <p>Se utilizó el software Atlas Ti para apoyar el procedimiento</p>

<p>Resultados</p>	<p>Se identificaron cinco temas importantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Acompañamiento del equipo provincial y del profesional enlace. <p>Falta continuidad en el equipo ya que no es de planta entonces al vinculación y continuidad se ve afectada además estos cargos son financiados por el rubro de salud pública y por lo tanto se les asignan otras tareas diferentes al acompañamiento del MAPIS.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Proceso de identificación de necesidades. <p>Para esta identificación se hace la ficha familiar pero esta información se limitó por desconocimiento del software estipulado, falta de personal para la digitalización y consolidación, falta de seguimiento y evaluación de la información recolectada</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reorientación de actores institucionales del SGSSS en el ámbito local <p>Se pudo identificar cómo la segmentación de los planes de atención impiden que el modelo pueda desarrollarse como es y cómo la garantía de las acciones se da por el cumplimiento de contratos y no por los resultados en los indicadores de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vínculo entre el equipo de salud del modelo y la comunidad. <p>Los vínculos entre la atención individual por parte de los profesionales de salud y las familias y las comunidades se limitó entre las familias y auxiliares de enfermería sin cobertura en todas las veredas del municipio, en cinco o seis municipios no hubo continuidad de auxiliares de enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> -imaginario de la APS y su relación con el quehacer cotidiano <p>La APS es limitada y la normatividad del SGSSS no contempla la APS como un eje articulador del sistema de salud colombiano.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Los estudios demuestran que hay discrepancia entre el modelo y objetivos de APS y como se opera.</p> <p>Encontraron varios hallazgos en la ejecución de programa APS como son factores estructurales del sistema, ausencia de normatividad en la operación APS, necesidad de recurso humano, inestabilidad laboral, déficit de mecanismos de seguimiento y evaluación encaminados al cumplimiento de metas.</p>

Análisis Personal	<p>La atención primaria en salud es un modelo, trabajo promulgado desde 1978 en Alma Mata, con un ejemplo estratégico para mejorar la calidad de vida de las comunidades, ha pasado 35 años y han sido pocos los departamentos que han tratado de implementar este modelo pero las dificultades han sido muchas por lo que no ha sido posible el desarrollo continuo y exitosos. Sabemos que es una actividad extramural de promoción y prevención, demanda inducida, y diligenciamiento de fichas domiciliarias con muchos datos que en el momento de hacer la consolidación y análisis permite el abordaje de los hallazgos encontrados por medio de un trabajo comunitario con el compromiso social y el apoyo gubernamental y de diferentes actores.</p> <p>Aunque con la inclusión de la APS en la ley 1438 del 2011 del SGSSS vemos un punto favorable para retomar esta estrategia pero aún no se ha visto el impacto social en Colombia no se le ha dado al importancia que tiene, falta compromiso del estado y de los departamentos para sacar avante este proyecto.</p>

ARTICULO 15

Título	La Emergencia Social en Salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana
Autor y Año	Jaime Ramírez Moreno, Economista; doctor en Economía y Gestión de la Salud; profesor asociado, Facultad de Ciencias Económicas, Unidad de Posgrados en Administración de Salud y Seguridad Social, Pontificia Universidad Javeriana. – 2010
Ubicación del artículo (base datos)	Scielo.org.co
Citación Bibliográfica del	Moreno, Jaime Ramírez. "La emergencia social en salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión

artículo Vancouver)	en	ciudadana." Revista Gerencia y Políticas de Salud 9.18 (2010): 124-143.
Objetivo artículo	del	Realizar un ensayo de análisis de la Emergencia Social en Salud declarada por el Gobierno Colombiano
Palabras Clave		Emergencia Social Sistema General de Seguridad Social en Salud UPC Equidad Libre escogencia
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)		<p>El SGSSS, creado por la Ley 100 de 1993, tiene por objeto regular el servicio público esencial de salud y crear las condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención.</p> <p>Fundamentada en los principios de universalidad, equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, participación social e integración funcional.</p> <p>El autor realiza una descripción de cada uno de los regímenes que componen al SGSSS, así como el POS y la UPC.</p> <p>Al observar las cifras de las fuentes de financiamiento y su relación con las poblaciones se evidencia una gran disparidad entre el disponible per cápita, desde montos cercanos a \$2.000.000 en algunos regímenes especiales hasta un disponible per cápita promedio para subsidios plenos y parciales de \$273.970, pasando por el promedio en el régimen contributivo de \$649.278,16 para la financiación del POS y las prestaciones económicas.</p> <p>Si se calcula un promedio per cápita de disponibles de recursos, la sociedad colombiana contaría con un monto cercano a \$774.000, cifra que está por encima del valor de la unidad de pago en el régimen contributivo</p> <p>La base de argumentación del gobierno Nacional para la declaración de Emergencia Social se basa en el aumento en la demanda de servicios y de medicamentos no POS y una falla en el flujo de recursos.</p> <p>El total de las tutelas y los recobros por comités técnicos científicos (CTC) pagados en el régimen contributivo representa sólo el 5,06% del total de las fuentes y el 12,7% del total de recursos del régimen contributivo. En</p>

	<p>el régimen subsidiado las tutelas pagadas con la cuenta de solidaridad representan sólo 0,4% del total de las fuentes y el 1,93% de los recursos disponibles del régimen subsidiado.</p> <p>Entre los principales hechos que explican la presencia de tutelas y reclamaciones se encuentra, en primer lugar, la indefinición de las coberturas del Plan Obligatorio de Salud y la falta de actualización integral de las tecnologías usadas en los tratamientos.</p> <p>En segundo lugar, gran parte de los servicios tutelados corresponde a tratamientos y medicamentos incluidos en el POS, situación que indica la presencia de fuertes barreras de acceso en cirugías, exámenes diagnósticos, tratamientos y citas médicas.</p>
Muestra	Ensayo de coyuntura sectorial.
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultados	No aplica
Discusión	<p>En el desarrollo real del sistema se fue configurando una estructura institucional de relaciones entre las reglas de juego y los agentes que determinan la configuración del sistema.</p> <p>La relación entre las fuentes de financiación y las poblaciones cubiertas, definen una configuración del sistema basado en el principio de la proporcionalidad, mas no en el de la solidaridad e igualdad.</p> <p>La proporcionalidad establece que los individuos, de acuerdo con su capacidad de pago, se pueden clasificar, de tal suerte que dependiendo de la estructura y monto de sus aportes por cotizaciones, recibirán beneficios diferenciados.</p> <p>Desde el punto de vista económico, las segmentaciones poblacionales hacen ineficiente la existencia de planes y programas con coberturas distintas en una sociedad que tiene una población pequeña, comparada con las necesidades de los grandes números.</p> <p>El autor manifiesta que no hay forma de argumentar que por los montos que generan las tutelas y los CTC, se ponga en riesgo la estructura financiera del sistema,</p>

	<p>menos aun cuando los saldos de periodos anteriores acumularon recursos para pagar estas reclamaciones. Los hechos más importantes mencionados en la declaratoria no son contingencias impredecibles y reflejan principalmente las consecuencias asociadas al no cumplimiento de las funciones de financiamiento, la deficiente gestión del aseguramiento y la inoportuna prestación de servicios, todos ellos derivados de la gestión y de la imposibilidad de unificación de los planes de beneficios que la Ley 100 se había impuesto como meta para el 2001.</p>
Análisis Personal	<p>El autor basado en el conocimiento de estadísticas y porcentajes importantes en la forma de financiamiento y flujo de recursos dentro del sistema, realiza un análisis de la viabilidad económica y una crítica a la emergencia social dictada por el gobierno Nacional, ante la crisis del sector salud.</p> <p>Nos muestra mediante números reales que las razones que el gobierno dio para dictar la emergencia social no son las que están afectando directamente la viabilidad económica del sistema, en cambios se demuestra que la crisis viene de años atrás, de una mala administración de los recursos y de políticas burocráticas que van directamente en contra del bienestar común y de la salud de la población.</p> <p>Nos parece un artículo interesante en el sentido de la visión y la demostración con números de la realidad del sistema.</p>

ARTICULO 16

Título	Sistema de salud de Colombia
Autor y Año	Ramiro Guerrero, Ana Isabel Gallego, Víctor Becerril-Montekio, Johanna Vásquez (2011)
Ubicación del articulo (base datos)	Base de datos: Scielo

Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Guerrero, Ramiro., Gallego, Ana Isabel, Becerril-Montekio, Víctor; Vásquez, Johana. (2011). Sistema de salud de Colombia. salud pública de México, vol. 53(suplemento 2)
Objetivo del artículo	Realizar un recorrido por nuestro sistema general de seguridad social en salud implementado a partir del 2003 con la ley 100 dando a conocer sus logros, avances y tropiezos en su recorrido hacia la universalidad y equidad como objetivo primordial del sistema al que pertenecemos.
Palabras Clave	Sistema de Salud Colombia Seguridad Social Universalidad
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	En el presente artículo de analizan las condiciones del sistema de salud colombiano luego de la implementación de la ley 100, haciendo un recuento desde su estructura, pasando por las fuentes de financiamiento, vigilancia y las formas como los usuarios participan en el sistema también se incluyen las nuevas estrategias que se han tratado de utilizar para lograr el objetivo fundamental de nuestro sistema que es la universalidad.
Muestra	Artículo de revisión en donde se tuvieron en cuenta 25 revisiones bibliográficas incluyendo las principales proyecciones del DANE.
Intervención y proceso medición	El autor realiza una descripción de las condiciones de salud de Colombia y su sistema de salud, incluyendo el detalle de su estructura y cobertura, fuentes de financiamiento, gasto en salud, recursos con los que cuenta, entes reguladores y herramientas de participación de los usuarios. Lo anterior fue basado en los estudios realizados a través del Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud Colombia, Centro de Investigación en

	<p>Economía y Finanzas, Universidad Icesi Colombia, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública México; Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia Colombia.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Estructura y cobertura</p> <ul style="list-style-type: none"> -El sistema de salud colombiano está financiado principalmente por recursos públicos y un escaso porcentaje por el sector privado. -La afiliación es obligatoria a través de las empresas promotoras de salud pública o privada. -Los trabajadores asalariados, pensionados o independientes están obligados a cotizar al régimen contributivo, el cual corresponde al 12,5%, asumiendo el 4% del aporte excepto independientes que asumirán el total del aporte. -Personas sin capacidad de pago serán afiliadas al régimen subsidiado. -Se logró la unificación del plan de beneficios del sistema contributivo y subsidiado con el objeto de dar igualdad a las comunidades. -Se aplican cuotas moderadoras y copagos dependiendo de la capacidad y cuya función primordial es financiar el sistema y regular su uso. -Los planes de promoción y prevención, prescripciones regulares como hipertensión y diabetes están exentos de pagos. -Los niveles 1 y 2 del Sisbén gozan de subsidio total, nivel 3 subsidio parcial. <p>Financiamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> -La financiación del sistema está a cargo de los aportes realizados por asalariados, independientes, gobierno, empleadores cuyos dineros van al FOSYGA para ser repartidos a las EPS según el número de usuarios. <p>Recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Los prestadores de los servicios de salud deben constituir IPS públicas o privadas desde médicos privados hasta grandes hospitales. -Para el 2010 se contaba con 1.7 médicos por cada 1000 habitantes, 42000 enfermeras, 40000 terapistas y 40000 odontólogos. -Las medicinas alternativas y complementarias son avaladas pero con su debida certificación de calidad.

	<p>Rectoría</p> <ul style="list-style-type: none"> -El Ministerio de Protección Social determina las políticas en salud. -La Comisión de Regulación en Salud (CRES) determina los contenidos del POS y el valor de la Unidad de Pago per cápita. -La Superintendencia Nacional de Salud (SNS) se encarga de la vigilancia y control de todos los participantes del sistema -El Ministerio de Protección Social se encarga de evaluar la calidad y la eficiencia de las EPS, IPS y direcciones seccionales de salud. <p>Usuarios</p> <ul style="list-style-type: none"> -Los usuarios tienen derecho a formar asociaciones para su representación ante las EPS e IPS. -Vigilan la calidad del servicio mediante veedurías comunitarias. -Velan por la prestación de los servicios en forma integral a través de las tutelas.
<p>Discusión</p>	<p>Los constantes cambios a los cuales se ha visto sometida nuestra llamada ley 100 le han dado giros importantes a su perspectiva pero no ha su contenido. Desde su implementación el 2003 su objetivo fundamental siempre ha sido la equidad y universalidad del sistema pero lo cual se ha visto entorpecido por falencias durante su aplicación.</p> <p>Principalmente desde el 2007 se han introducido varios cambios dentro de los cuales se identifica una menor dependencia del sector privado lo cual está generando más independencia en sus recursos y crea en cierto modo un blindaje frente al riesgo financiero, de igual forma la capitación ha disminuido un poco la inequidad del recurso principalmente entre regiones.</p> <p>Al ver aumento en la afiliación en salud se ha incrementado el acceso a los servicios de salud aunque esto no representa servicios con calidad, evidenciando que cada IPS es independiente en la prestación de sus servicios, y se basan muchas veces solo en resultados.</p>

Análisis Personal	<p>Nuestro sistema de salud tiene un diseño inicial interesante y ejemplo a seguir pero a través de su implementación nos encontramos con diferentes formas de evadir sus objetivos.</p> <p>Se tenía planeado que para el año 2001 se cumpliera con la universalidad pero con calidad, el cual fue uno de los objetivos principales de su diseño, lo cual no se ha logrado aún.</p> <p>Aunque no toda la culpa debe asumirla la ley 100 y sus actores también se ha evidenciado gran evasión de responsabilidad por parte del mercado laboral que se está caracterizando por la informalidad de sus participantes.</p> <p>Otro punto en contra es la sostenibilidad financiera, la cual se ha visto gravemente afectada por la falta de control de gastos principalmente derivado de una poca vigilancia del Estado convirtiéndose en reto esencial para lograr un mejor funcionamiento y cuyo panorama se ve cada día más entorpecido por una creciente oleada de acciones judiciales falladas la mayoría de las veces a favor de los usuarios de servicios POS y no POS, que si somos sensatos no son siempre justificados y requeridos.</p> <p>Tenemos una gran debilidad en el proceso y es la falta de fortaleza de la salud pública y de los planes de prevención, los cuales a pesar de estar implementados no están funcionando de manera adecuada sin darnos cuenta que nos servirían de guía y apoyo para la búsqueda de objetivos contribuyendo de manera directa al mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones.</p>
--------------------------	--

ARTICULO 17

Título	El mercado de la salud en Colombia y la problemática del alto costo
Autor y Año	Liliana Chicaiza, 2009.
Ubicación del artículo (base datos)	Base de datos: Scielo Problemas del Desarrollo 2009

Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	CHICAIZA, Liliana. El mercado de la salud en Colombia y la problemática del alto costo. Problemas del Desarrollo, 2009, vol. 34, no 131.
Objetivo del artículo	Identificar los problemas coyunturales que tiene nuestro sistema de salud y el alto costo en el cual estamos inmersos lo cual empeora de manera determinante la crisis actual.
Palabras Clave	Reaseguro Alto costo Sistema de salud colombiano Aseguramiento
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Nuestro sistema de salud colombiano está creado en base a un modelo de privatización y control de servicios, tratando de generar un medio competitivo sin afectar la calidad donde se generan y establecen productos con diferentes precios, ofertándolos al mejor postor a través de instituciones prestadoras para llegar a los consumidores actuales. Se habla con frecuencia del reaseguro para el manejo de los altos costos de enfermedades y servicios pero en verdad lo que se creó fue una transferencia de riesgos que no alcanza al cubrimiento de los costos asignados para el evento lo cual ha llevado a la propuesta y creación maneja de manera eficiente los riesgos poblacionales y los incidentes que estén debajo de los presupuestos asignado de otros mecanismos como el auto seguro.
Muestra	Artículo de revisión en donde se incluyeron 15 referencias bibliográficas y los principales proyectos de ley relacionados con el tema a tratar.
Intervención y proceso medición	El presente artículo se realiza apoyados en las investigaciones realizadas por el Instituto de Investigaciones Económicas de México además de la bibliografía previamente mencionada donde se citan los referentes técnicos y jurídicos basados en normas y

	decretos en Colombia.
Resultados	<p>-La regulación, coordinación y control del sistema de salud está a cargo del Estado, el cual también fija la UPC (unidad de pago per cápita) el cual varía con la inflación del mercado.</p> <p>-La UPC del régimen subsidiado equivale a un 55% del valor reconocido por usuario en el régimen contributivo.</p> <p>-Se crearon cuotas moderadoras y copagos como apoyo al financiamiento del sistema y son calculadas dependiendo de los ingresos del afiliado.</p> <p>-El sistema de salud cuenta con otros beneficios como el PAB (plan de atención básica), atención de accidentes de tránsito y enfermedades catastróficas.</p> <p>-Las principales entidades de aseguramiento son las EPS (entidades promotoras de salud) y ARS (administradoras del régimen subsidiado) encargadas de afiliar, contratar y prestar servicios a los usuarios, los cuales tienen derecho a no ser rechazados en su ingreso solo si cumplen con todos los requisitos establecidos.</p> <p>-El sostenimiento de las IPS públicas luego de la ley 100 paso a estar a cargo del subsidio a la demanda.</p> <p>-Las principales formas de contratación entre los aseguradores (EPS, ARS) y los prestadores (IPS) son la capitación en la cual se asigna un porcentaje de dinero por cada persona afiliada sin importar la carga de enfermedad; por servicio prestado el cual cubre solo en caso de utilización del servicio y por caso donde se asume el valor global de una enfermedad específica.</p> <p>-El equilibrio del sistema depende que los gastos sean equivalentes a los beneficios en el régimen contributivo donde los recursos provienen de cotizaciones, copagos y cuotas moderadoras mientras que en régimen subsidiado hay más laxitud porque la mayoría de recursos provienen del sector fiscal.</p> <p>-La ley 100 determinó el acceso a patologías de alto costo con periodos mínimos de cotización como diálisis renal, cáncer, gran quemado, cirugía cardíaca, y en caso de no cumplir el tiempo exigido se puede interponer acciones legales, ya que se exige el reaseguro de los riesgos que conllevan estas enfermedades.</p> <p>-Se están utilizando contratos de reaseguro para el cubrimiento de situaciones no esperadas de ciertas enfermedades que generalmente ocurren con una baja frecuencia y cubren sucesos cuando extralimiten cierto valor por paciente.</p>

	<p>-Aproximadamente de 6.5 millones de dólares que pagaron en primas de reaseguros los entidades de aseguramiento, el 5% corresponden a gastos administrativos, 28% a siniestros y 67% utilidades, demostrando que la mayoría de recursos se queda en manos de intermediarios mientras que la escasez del sistema se hace cada vez mayor.</p> <p>-Se encontró que el 80% de las personas con enfermedades catastróficas se encuentran afiliadas al anteriormente llamado ISS y el restante 20% a otras EPS, lo cual ha generado gastos cercanos al 26% de la UPC neta, equivalente a más del doble de lo esperado.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Nuestro sistema de salud Colombiano depende directamente de las cotizaciones realizadas por asalariados y patrones pero se está viendo gravemente afectada por el trabajo informal que reina en nuestro país lo cual afecta de manera directa los recursos disponibles que mejoran coberturas.</p> <p>Debido a esta constante variable de ingresos, nos volvimos muy vulnerables a las enfermedades llamadas de alto costo, a las cuales se le invierten no solamente altas cifras de dinero sino que han ido en aumento con el pasar de los años, llevando al Gobierno a planear estrategias para enfrentar el riesgo financiero adoptando pólizas de reaseguramiento que a su vez contratan con firmas internacionales que cubren el 100% de dicho riesgo.</p> <p>Se ha visto que las primas pagadas por dichos siniestros ha sido mucho mayor que los recobros aplicados, además se han limitado a cubrir solo costos de dichos eventos y no han tenido en cuenta el aumento en la frecuencia de los mismos.</p> <p>Estando cubiertos por el Estado se puede llegar a pensar en utilizar auto seguros para eventos que no sobrepasen los costos predestinados y utilizar los reaseguros solo para siniestros que pasen frecuencia o valor estipulado, lo cual podría disminuir las primas pagadas y mejorar de manera notable la asignación de recursos.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>El Sistema General de Salud Colombiano luego de la ley</p>

	<p>100 de 1993, se ha visto afectado de manera directa por la crisis monetaria por la cual atraviesa el país disminuyendo los recursos entrantes, además del gran número de personas que cuentan solo con trabajos informales que no son suficientes para los asalariados para su correspondiente aporte a la salud; todo eso sumado a la desviación de recursos a través de figuras legales y aceptadas por nuestras leyes.</p> <p>El reaseguro es una manera indirecta de invertir grandes primas de dinero de las cuales solo se utiliza valores menores al 50% de lo invertido en cubrimiento de eventos y cuyas ganancias quedan en manos de entes ajenos a nuestro sistema como lo son compañías internacionales.</p> <p>El Estado debe tener en cuenta las variaciones constantes de incidencia de enfermedades en nuestras comunidades principalmente de alto costo, ejemplo de esto es el creciente número de casos con VIH Sida donde se ha tenido en cuenta los valores de tratamiento para dicho siniestro pero no se ha contado con la elevación de la frecuencia de la enfermedad.</p> <p>Contamos con uno de los valores de UPC más altos destinados para la salud en comparación con países extranjeros que manejan de manera eficiente y equitativa sus sistemas de salud, pero continuamos con grandes falencias relacionadas con mala utilización de dichos recursos, lo cual nos lleva a pensar que existen fondos disponibles para el cubrimiento de la salud de la población pero se continua filtrando dineros en manos de algunos actores participantes , generando desconfianza entre los demás integrantes de la red creando un panorama sombrío que nos aleja de la equidad y la universalidad.</p>
--	--

ARTICULO 18

Titulo	Reflexiones sobre el papel del profesional de la medicina en el sistema general de seguridad social colombiano

Autor y Año	Luis Enrique Vásquez Pinto, Vanessa Delgado Jaime, Laura del Pilar Cadena Afanador (2013)
Ubicación del artículo (base de datos)	Base de datos: Scielo MedUNAB (Universidad Autónoma de Bucaramanga Colombia)
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Vásquez Pinto, Luis Enrique, Vanessa Delgado Jaime, and Laura Del Pilar Cadena Afanador. "Reflexiones sobre el papel del profesional de la medicina en el sistema general de seguridad social colombiano." MedUNAB 15.2 (2013).
Objetivo del artículo	Proporcionar información y herramientas a los profesionales de la salud para que se ubiquen en el sistema de salud y entiendan cuál es su papel principal en la red conociendo desde su implementación, funcionamiento y ejecución, promoviendo de manera activa una actitud crítica y proactiva que pueda ayudar a generar ideas frente a una probable reforma del sistema de salud.
Palabras Clave	Reformas de atención en salud Sistemas de salud Políticas de salud Indicadores de salud Morbimortalidad Ley 100 de 1993 Profesionales de la salud
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud se ha visto sometido a múltiples cambios y por lo tanto siempre se ha encontrado en el "ojo de huracán" lo cual ha puesto en entredicho a todos sus actores dentro de los cuales están los profesionales de la medicina que se han visto directamente afectados por malas remuneraciones, restricciones y tiempos muy cortos para las consultas. Sabemos que la crisis del sector cada vez se ha visto empeorada por procesos corruptos evidenciados en los indicadores de morbilidad y mortalidad que no

	<p>disminuyen a pesar de los esfuerzos de personas comprometidas con la causa, el colapso de la red pública del país y las constantes inconformidades de los usuarios. Demostrándonos cada día la necesidad de una reestructuración profunda y no solo de reformas reglamentarias que a largo plazo no impactan de manera positiva los resultados en salud.</p> <p>Basados en esto, los profesionales de la salud debemos conocer el rol que ejercemos en el sistema y la forma como debemos contribuir de manera positiva a los cambios.</p>
Muestra	Se trata de un artículo original con 47 fuentes bibliográficas.
Intervención y proceso medición	Se tomaron como análisis varios estudios por autores reconocidos entre los años 1996 y 2012 que hacen referencia a la interacción médico paciente y su papel frente al Sistema de Salud Colombiano además se compararon condiciones del médico en Colombia entre los mismos años basándose en 47 fuentes bibliográficas ya descritas.
Resultados	<p>-Los principios fundamentales de nuestra llamada ley 100 o sistema general de seguridad social en salud fueron lograr la universalidad del sistema principalmente favoreciendo a las personas más desprotegidas y pobres lo cual aún no se ha logrado.</p> <p>-Se ha aumentado la cobertura de la población pasando de un 23.7% hasta 88.7% para finales del 2009, aunque con algunos inconvenientes como son la categorización de las comunidades a través de una encuesta llamada Sisbén pero en la cual se ha visto procesos inadecuados de selección además de convertir en un negocio nuestra salud donde los intermediadores se preocupan por generar empresas productivas y sostenibles sin detenerse mucho en su objetivo esencial que debe ser la “salud del pueblo”.</p> <p>-Se ha encontrado afectada directamente la equidad aumentando la brecha en los diferentes estratos sociales además los planes de promoción y prevención a pesar de estar implementados no han logrado generar el impacto</p>

positivo que se esperaba.

- Se ha encontrado que algunos indicadores definitivos para la salud del pueblo no han mejorado o en determinados casos han empeorado como lo son la mortalidad infantil con leve descenso en los últimos años, las tasas de fecundidad en adolescentes y la mortalidad por enfermedades transmisibles han aumentado demostrando la deficiente aplicación de políticas públicas.

Médicos en el sistema general de seguridad social

-Deterioro en la calidad de la relación médico-paciente principalmente afectada por disminución en los tiempos de atención que aunque la ley nos indica que debe ser mínimo de 20 minutos se está llegando a un promedio de 18 minutos.

-El horario promedio de trabajo es de 9 horas 6 días a la semana más 8 turnos nocturnos al mes aumentando la carga de stress laboral de dicho personal.

-Limitaciones en la prescripción de laboratorios, exámenes y valoración es especializadas.

-En la mayoría de instituciones no hay incentivos laborales generando sobrecarga laboral sin motivaciones.

-Las restricciones del POS han deteriorado la calidad en la atención de los pacientes y afectado el tratamiento de enfermedades aumentando las acciones judiciales en busca de atención integral.

-Se ha llegado a la “desprofesionalización de la medicina” donde los actores tratando de conservar sus empleos tratan de ser productivos generando pocos costos sin importar la calidad brindada.

-Las remuneraciones económicas se disminuyeron en más de un 50% luego de la ley 100 obligando al personal a conseguir más de un empleo con el fin de subsidiar sus gastos personales.

-La ley del talento humano impulsa la certificación y acreditación médica mejorando en éste aspecto la constante actualización del saber médico.

-Con la ley 1438 del 2011 se pretende fomentar el auto cuidado y cuya mayor responsabilidad recae sobre el personal de salud pero en los cortos tiempos de atención no es posible cumplir con ésta labor.

-Se crearon los comité técnico científico con el fin de aprobar insumos y medicamentos No Pos y de esta forma disminuir la incidencia de tutelas pero que al final solo prolonga los trámites y los padecimientos de los pacientes.

<p>Discusión</p>	<p>El Sistema General de Seguridad Social en Salud necesita grandes reformas y una de las más importantes es la motivación y el interés de los profesionales de la salud pero vinculándolos con opiniones críticas y no pasivas que contribuyan de manera positiva a los cambios del régimen.</p> <p>Hemos visto que una parte fundamental sería fortalecer los procesos de promoción y prevención capacitando a los profesionales de la salud de sus prácticas de pregrado y estimulando a las personas que apliquen de forma consciente dichas estrategias a través de reconocimientos laborales y económicos.</p> <p>El proponer y plantear una nueva reforma a nuestro sistema de salud debe implicar hacer cambios radicales que modifiquen resultados a largo plazo y no solamente cambios temporales, para esto es indispensable el compromiso de todos los integrantes y mejoramiento de la utilización de recursos, lo cual podría lograrse disminuyendo las intermediaciones.</p> <p>No es la idea proponer soluciones inmediatas porque para llegar a esto debemos empezar por el origen el cual sería cambios en la implementación, lo que debemos mejorar es la actitud de los profesionales logrando ser proactivos con capacidad de liderazgo que aporten cada día más al bienestar de las comunidades y no que se vuelvan seres mandados por otras personas que no buscan sino resultados económicos.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Los profesionales de la salud nos hemos visto enfrentados a un gran dilema el cual se creó luego de la ley 100 de 1993 donde se enfrentan la calidad del ejercicio vs la producción y disminución de costos.</p> <p>La gran mayoría de nosotros trabajamos en EPS e IPS donde se generan normas y metas con las cuales miden nuestra eficiencia pero que están lejos de evaluar la verdadera calidad del profesional, todo esto sumado a las grandes restricciones en formulación y remisiones las cuales no deben sobrepasar un número semanal por determinada cantidad de usuarios llevando a un detrimento progresivo en la atención.</p>

	<p>En muchas de estas ocasiones nos vemos sometidos a dichas normas con el fin de preservar los empleos obviamente siendo el ingreso primario de sostenimiento de nuestras familias pero será que si todos los profesionales nos unimos y sentamos precedentes a través de asociaciones y colegios médicos donde siempre llevamos por delante nuestros principios y calidad en la atención, el sistema acogerá nuestras propuestas?</p> <p>Si continuamos como hasta el momento sin participar proactivamente de éstos cambios, seguiremos sometidos a barreras impuestas por las grandes empresas para mejorar producción y las cuales no toman en cuenta que estamos trabajando con seres humanos y nosotros estaremos sacrificando nuestra ética profesional con el objeto de mantenernos activos en el círculo.</p>
--	---

ARTICULO 19

Título	Modelo de Salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos?
Autor y Año	Laura Natalia Amado González, Efraín Riveros Pérez (2012)
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54525297008 . Revista Gerencia y Políticas de Salud, ISSN (Versión impresa): 1657-7027 rev-salud@javeriana.edu.co Pontificia Universidad Javeriana Colombia
Citación Bibliográfica del artículo Vancouver)	AMADO-GONZÁLEZ, Laura Natalia; RIVEROS-PÉREZ, Efraín. Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos? Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2012, vol. 11, no 23, p. 111-120
Objetivo del	Exponer la influencia que tienen los organismos

artículo	económicos internacionales sobre nuestro sistema de seguridad social en salud principalmente sobre su funcionamiento presentando un esquema general sobre su organización general y sus principales fallas en la implementación y aplicación dando algunas pautas que podrían contribuir a la reforma que podrían mejorar su aplicabilidad.
Palabras Clave	Sistema de salud Equidad Progresividad Seguridad social Salud
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Durante las últimas reformas de salud siempre se ha ido en búsqueda de la equidad, satisfacción y calidad con descentralización de servicios y generación de planes de beneficios.</p> <p>Se ha visto que los países que buscan el desarrollo deben de invertir en salud como forma de mejorar la calidad de vida de sus habitantes pero previamente basados en estudios que muestren costo-efectividad y fortalezcan la red primaria de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.</p> <p>Nos hemos visto condicionados por la constante presión del fondo monetario internacional hacia los países latinoamericanos que limitan ayudas próximas y llevan al país hacia el control cada vez mayor del gasto público aumentando probablemente cada día más los impuestos limitando además la inversión privada, generando aumento en las tasas de interés creando un medio hostil para la industria viéndose reflejado en la disminución de la generación de empleo, motivo por el cual el gasto público para atención sanitaria cada vez es menor y las condiciones de pobreza empeoran.</p> <p>Durante el desarrollo del artículo se evidencia la influencia de los organismos monetarios internacionales sobre la financiación y estructuración del sistema de salud y sus principales falencias en la aplicación.</p>
Muestra	Artículo de revisión donde se tomaron 23 fuentes bibliográficas.

<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>En este artículo se expone la influencia de los organismos internacionales sobre el funcionamiento del sistema de salud de Colombia además de la organización de dicho sistema así como su funcionamiento y administración basados en informes desde 1993 hasta su edición principalmente del DANE y la Superintendencia de Salud.</p>
<p>Resultados</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Según el DANE 2010 se habría aumentado la cobertura en salud al 89.5 % de la población con 47.5% en el régimen contributivo y 52% en el régimen subsidiado. -Nuestro modelo de salud se basa en la seguridad social dejando la mayor parte de sostenimiento en la población afiliada que hacen sus aportes, los cuales en promedio son bajos por lo cual el sistema se vuelve difícil de sostener. -La financiación del sistema puede hacerse a través de impuestos pero respaldados por un aumento en el gasto público, lo cual podría aminorar resultados directos y regresivos en las poblaciones menos favorecidas evitando en cierto modo el aumento en la inequidad.. -En nuestro país la administración del sistema está a cargo de las EPS, en un juego donde el Estado incumple en el reembolso de los dineros por recobros y servicios no pos y las EPS hacen lo mismo con sus prestadores. -Los prestadores de salud tratan de salir a flote con las pocas ganancias dejadas por sus servicios y apostando a la buena fe de las EPS para que cumplan con sus deudas financieras. -Para lograr unos buenos resultados en el sector salud es necesario calcular y anticipar el riesgo de las poblaciones con el objeto que los afiliados sanos subsidien los gastos de las personas que necesitan atención médica. -El principal ente regulador y controlador del sistema es el Estado pero dicha entidad depende directamente de la información y datos suministrados por las EPS, las cuales pueden ser modificados u omitidos por dichas instituciones con el fin de enmascarar malos manejos o peor aún desvío de dineros con el objeto de favorecer carteras particulares.
<p>Discusión</p>	<p>Es contradictorio como un país como Colombia que ha demostrado un crecimiento económico importante está</p>

	<p>con un gasto social en detrimento basándonos en políticas de organismos internacionales que no tienen en cuenta las particularidades de las comunidades y las necesidades específicas de la población del país donde las condiciones de empleo no son alentadoras predominando el trabajo informal y la evasión de impuestos llevando cada día más hacia abajo nuestras políticas sanitarias.</p> <p>Se debe dejar de ver la salud como una fuente de dinero muy lucrativa y pasar a considerarla como un derecho público tratando de blindarla a la infiltración de entes corruptos que buscan el beneficio monetario para particulares.</p> <p>Nuestro modelo de financiación es poco viable ya que dependemos directamente de los aportes hechos por los trabajadores pero es sabido que el empleo en Colombia está monopolizado por la informalidad lo cual lo hace extremadamente frágil a los cambios, tendríamos la otra alternativa que son los impuestos recaudados por el Estado que aunque tiene sus puntos críticos sería una fuente de ingreso más segura.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Colombia cuenta con un sistema de salud implementado a través de la ley 100 de 1993 con unos principios básicos ejemplo para muchos países pero los cuales durante su implementación han sido desviados y principalmente convertidos solo para la producción de dinero buscando lucro cesante que llegue a ciertas esferas o particulares de la sociedad dejando de lado la verdadera esencia que es la búsqueda de la salud de la comunidad y el mejoramiento en las condiciones de vida.</p> <p>El sistema de salud debe garantizar atención oportuna y equitativa a toda la población probablemente basada en la financiación a través de los impuestos y regulada solo por el Estado tratando de eliminar intermediarios que probablemente solo empobrezcan el panorama actual. Lo anterior podría ser una de las muchas salidas para rescatar la esencia de la llamada ley 100 la cual es la “equidad” y la universalidad.</p> <p>A pesar de encontrar muchas fallas y tropiezos en nuestro sistema de seguridad social en salud también se evidencian fortalezas pero las cuales se han empañado</p>

	<p>principalmente por los intermediarios y la falta de control del Estado.</p> <p>Necesitamos un “revolcón” a fondo donde todos los integrantes de la red participen activamente en el mejoramiento de los procesos y ayudemos a identificar los puntos críticos para poder realizar intervenciones a tiempo</p>
--	--

ARTICULO 20

Título	<p>Colombia’s New Health Reform: Helping Keep the Financial Sector Healthy</p> <p>Nueva Reforma de Salud de Colombia: ayudando a mantener el sector financiero saludable.</p>
Autor y Año	Mario Hernández Álvarez, Mauricio Torres-Tovar - Social Medicine, 2010
Ubicación del artículo (base datos)	socialmedicine.info
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Álvarez, Mario Hernández, and Mauricio Torres-Tovar. "Colombia’s New Health Reform: Keeping the Financial Sector Healthy." Social Medicine 5.4 (2010): 177-181.
Objetivo del artículo	Conocer de manera suficiente los beneficios que trae la ley 100 de 1993 al sistema de salud colombiano y las principales causas de falla durante la implementación de dicha reforma.
Palabras Clave	Reforma Salud, Colombia, Política

Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>En el Informe Mundial de Salud de 2000, la OMS proclamó el Sistema de Salud Colombiano, con la más alta evaluación favorable realizado a los sistemas en América Latina.</p> <p>Lo que Colombia ofrece es el mejor ejemplo de un Sistema de Prestación de Servicios en Salud a través de seguros privados en un mercado regulado que subsidia el cuidado de los pobres.</p> <p>Las consecuencias de este modelo han sido la consolidación de los recursos en manos de las compañías de seguros, la ampliación de las desigualdades sociales y el abandono de la Salud Pública.</p>
Muestra	<p>Se trata de un artículo editorial basados en 8 referencias bibliográficas.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Se tomaron 8 referentes bibliográficos dentro de los cuales se encuentra las principales reformas sanitarias para América Latina y su enfoque socioeconómico además se analizaron los proyectos de ley que tratan el enfoque y el derecho a la salud dentro del sistema de salud colombiano.</p>
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - La aprobación de la Ley 1438 del 19 de Enero de 2011, fue presentada como la tan esperada “solución estructural” a los problemas creados por el Sistema de Salud establecido en 1993 por la Ley 100 - La nueva reforma habla de nuevos recursos para la salud para lograr la cobertura universal del seguro, “portabilidad nacional” de la cobertura del seguro, las preferencias especiales para niños y adolescentes, y la nueva vigilancia y mecanismos de control para evitar la pérdida de recursos. - El gobierno actual ha propuesto 3 propuestas legislativas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Una enmienda constitucional – primera propuesta por el gobierno de Uribe – que haría de la “sostenibilidad fiscal” un derecho universal. Esto en un intento de tratar de limitar la financiación de los derechos sociales a lo que queda después de pagar el gobierno la deuda y asegurar recursos para la seguridad pública. 2. Un proyecto de estatuto para el sector de la salud que de una vez por todas, defina el “contenido básico del derecho a la salud”. En la

	<p>práctica esto significa el establecimiento de un plan de beneficios que es “rentable” y “económicamente viable”. Esto limitaría la capacidad de los ciudadanos para solicitar una orden de protección o tutela. Estas tutelas han puesto el sistema en riesgo financiero a través de las grandes interpretaciones de derecho a la salud que los jueces han adoptado.</p> <p>3. La integración de varias propuestas legislativas de reforma del sistema, todas las cuales proponen garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de seguros.</p> <p>Esta última es la que se convierte en Ley 1438.</p>
Discusión	<p>La nueva ley busca frenar la presunta mala conducta de los diferentes actores del sistema pidiéndoles que contribuyan, a través de un “uso racional de los recursos” para lograr que el sistema sea un negocio financieramente sostenible. Las EPS seguirán siendo la fuerza dominante en la atención en salud, ampliando su influencia a través de la introducción de políticas complementarias. El estado continuara sus esfuerzos para lograr que todo el mundo se comporte de tal manera que el sistema no vaya a la quiebra. Pero es dudoso que más de lo mismo resuelva el problema del sistema.</p>
Análisis Personal	<p>Este artículo nos ofrece un punto de vista crítico sobre la nueva reforma del Sistema de Salud, analizando parte de la historia de la implementación de la ley 100, y plantea la mirada del autor respecto a los procesos que se llevan a cabo.</p> <p>Este artículo nos parece enriquecedor ya que nos muestra una mirada alterna y amplia a la evaluación global del impacto en diversos aspectos que ha tenido la Ley 100 a través del tiempo que lleva en funcionamiento.</p>

ARTICULO 21

Título	Comunidades seguras, un modelo mundial para la prevención de lesiones y la promoción de seguridad.
Autor y Año	MSc. Mariela Hernández Sánchez, MSc. René García Roche 2013
Ubicación del artículo (base datos)	Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). La Habana, Cuba. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032013000200010&lng=es
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Hernández Sánchez Mariela, García Roche René. Comunidades seguras, un modelo mundial para la prevención de lesiones y la promoción de seguridad. Rev. Cubana HigEpidemiol [revista en la Internet]. 2013 Agosto
Objetivo del artículo	Identificar las principales causas de lesiones en Latinoamérica y el Caribe para incentivar estrategias para la prevención de lesiones y promoción de seguridad.
Palabras Clave	Comunidades seguras Prevención de lesiones Promoción de seguridad
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Las lesiones son un problema de salud en ascenso lo que provoca 9 % de la mortalidad global, además discapacidades, sufrimiento humano y costos económicos, lo que hace necesario la aplicación de estrategias para la prevención de lesiones y promoción de seguridad. El texto realiza una definición de conceptos como son: Lesión, seguridad, promoción de la seguridad, prevención de lesiones y promoción de la seguridad, comunidad segura.

	<p>Ante el problema de salud o por los diferentes tipos de lesiones, así como la necesidad de prevenir sus consecuencias, en el mundo se han desarrollado estrategias, entre las cuales se destaca el Modelo de Comunidades Seguras de la Organización Mundial de la Salud (OMS).</p> <p>También la Carta de Ottawa define campos de actividad relacionados con el tema</p> <p>Los principios de la Carta de Ottawa también se han aplicado en otras iniciativas de base comunitaria para la promoción de salud, tales como las Escuelas Saludables y los Municipios Saludables.</p>
<p>Muestra</p>	<p>La primera conferencia mundial de Prevención de Lesiones 1989, en Estocolmo surgió formalmente el concepto de comunidades seguras. Este concepto sugiere un modelo para el control y la prevención de lesiones, basado en la participación activa de la comunidad.</p> <p>Tuvo sus orígenes en un proyecto piloto para la prevención de lesiones en Falköping, Suecia, en 1975 y comenzó con un Programa de Prevención de Accidentes de Falköping (FAPP) y los resultados fueron exitosos</p> <p>Durante los años 70 y 80, a estas experiencias se incorporaron otras comunidades suecas como Lidköping</p> <p>En comunidades de otros países, también se observó disminución en las cifras de lesionados después de las intervenciones</p> <p>En Wang Khoi (un pequeño pueblo, al norte de Tailandia), los resultados mostraron disminución en las lesiones por objetos cortantes, caídas, envenenamientos y tránsito. Es así que el Modelo de Comunidades Seguras se ha extendido progresivamente por muchos países certificándose 274 comunidades seguras en todos los continentes del mundo (datos reportados el 17 de mayo del 2012). Las regiones de África y América Latina aún son débiles en la implementación del modelo, pero a pesar del atraso en el inicio de este movimiento en América Latina y El Caribe, ya se realizan esfuerzos concretos y se han certificado cinco comunidades seguras.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>En Cuba se ha estado desarrollando una etapa de divulgación sobre el modelo a través de 15 talleres con</p>

	<p>representación de salud, educación, tránsito, transporte, justicia, cultura, deportes, medios de difusión masiva, organizaciones de masas y juveniles, entre otros sectores, para la posterior replicación y formación de promotores en sus respectivas áreas de acción, en todos los territorios del país. Han sido coordinados: el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), con apoyo del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).</p> <p>Existen los CENTRO COLABORADOR DE COMUNIDADES SEGURAS quienes Coordinan la Red Mundial de las Comunidades Seguras, los Centros Afiliados de Apoyo a las Comunidades Seguras (ASCSC) los Centros Certificadores de las Comunidades Seguras (SCCC), Desarrollan los indicadores de las y Organizar cursos de entrenamiento, conferencias y seminarios en el área de la promoción de la seguridad.</p> <p>También están los CENTROS AFILIADOS DE APOYO A LAS COMUNIDADES SEGURAS quienes apoyan al Centro Colaborador de la OMS en el desarrollo del Programa y asisten en el campo de la prevención de las lesiones y la promoción de la seguridad y los CENTROS CERTIFICADORES DE COMUNIDADES SEGURAS quienes apoyan y promueven el desarrollo de comunidades seguras en la región, evalúan su trabajo y contribuyen al conocimiento científico sobre la promoción comunitaria de la seguridad.</p> <p>En Colombia el Instituto de Investigación y Desarrollo en Prevención de Violencia y Promoción de la Convivencia Social (CISALVA), de la Universidad del Valle, en Cali, es el primer Centro Certificador de Comunidades Seguras en el continente americano, en el 2007.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Las intervenciones pueden ser múltiples (educativas, ambientales, legislativas y otras) y en general, la implementación del modelo requiere de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recoger datos locales. - Emplear estos datos en el compromiso de los diferentes sectores de la sociedad para el planeamiento y ejecución de programas de prevención. - Evaluar el resultado de las intervenciones. <p>Para esto es necesario el desarrollo de sistemas de vigilancia de lesiones que faciliten la recogida de los datos</p> <p>La evaluación debe orientarse principalmente a determinar si los resultados que se esperaban se han cumplido.</p>

	<p>Indicadores para medir el cumplimiento de estas metas y objetivos. La información que se obtenga debe ser utilizada para ajustar las acciones y mejorar el desempeño.</p>
<p>Discusión</p>	<p>El modelo de Comunidades Seguras de la OMS es útil para la prevención de lesiones y promoción de seguridad, independientemente del desarrollo económico y características de cada país. Una de sus ventajas es que puede ser aplicado de acuerdo con las prioridades y condiciones socioeconómicas de cada comunidad. Este modelo favorece la motivación y la participación activa de todos los sectores de la comunidad.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Es notable la pobreza de conocimiento sobre este modelo, aunque muy de la mano con lo que es atención primaria en salud, se desconocen conceptos y aún más la estrategia de comunidades seguras.</p> <p>Pero analizando los objetivos y pretensiones de este proyecto, nos damos cuenta que como atención primaria las comunidades hacen un papel protagónico para sacaravante el proyecto, para mejorar las estadísticas de lesiones, solo se necesitan comunidades comprometidas y deseosas de mejorar sus condiciones, ¿pero quienes no quieren este prospecto? Estamos seguros que todas las personas desean su bienestar, solo falta motivación, guías, líderes y la creación de comités de diferentes sectores sociales como :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguridad en el tráfico. - Seguridad en los hogares. - Seguridad en los espacios públicos - Seguridad en el deporte. - Seguridad en el lugar de trabajo. - Seguridad en las escuelas. - Seguridad para los niños. - Seguridad para los ancianos. - Seguridad en el agua. <p>Necesitamos un gobierno comprometido con la comunidad que intervenga y patrocine su desarrollo para lograr mejores estilos de vida, esto se verá reflejado en la disminución de tasa de agresión, mortalidad, violencia, enfermedad, entre muchos otros.</p>

ARTICULO 22

Título	Crisis de la salud en Colombia: ¿un derecho fundamental o un espacio para el mercado?
Autor y Año	Mayda Soraya Marín Galeano (2011)
Ubicación del artículo (base datos)	dialnet.unirioja.es
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	GALEANO, Mayda Soraya Marín. Crisis de la salud en Colombia: ¿un derecho fundamental o un espacio para el mercado? Kavilando, 2011, vol. 2, no 2, p. 116-122.
Objetivo del artículo	Presentar una visión simple del panorama de la salud en nuestro país tratando de acercarnos a la realidad social identificando los factores relevantes en su historia que sirvieron como marcadores en su implementación con el fin de proporcionar argumentos y opinión crítica a todos los integrantes del sistema en la búsqueda de entendimiento de la situación actual de salud .
Palabras Clave	Estado Población Realidad Social Salud Seguridad Social
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La salud para nuestro sistema colombiano se ha convertido en un problema social con implicaciones tan grandes que llega a afectar la calidad de vida de las comunidades y su dignidad humana. Hemos llegado a extremos donde la salud se ha convertido en un mercado que busca resultados solo económicos sin preocuparnos por la esfera social y humana. Desde nuestra propia Constitución nos basamos en el aseguramiento en salud lo cual se traduce en la compra y prestación de servicios de salud sumados al gran

	<p>mercado que son los medicamentos en el sistema.</p> <p>A partir de 1993 se creó la mayor reforma en salud la cual es la ley 100, la cual se lanzó como medida salvadora a un sistema ahogado en deudas planteando el subsidio de los trabajadores contribuyentes a la clase subsidiada o más pobre pero la cual se vio rápidamente afectada por la llamada emergencia social donde la influencia de manos corruptas no se hizo esperar.</p>
Muestra	<p>Las técnicas de recolección usadas provienen de fuentes primarias con opiniones directas de los actores, principalmente de entrevistas en los periódicos el Tiempo y el Colombiano revisados desde el año 1993 hasta la fecha actual y fuentes secundarias que complementan las opiniones de los actores consultadas a través de internet, instituciones y organizaciones además de fuentes como artículos de revisión y libros de carácter científico.</p>
Intervención y proceso medición	<p>El presente texto es producto de la línea de investigación historia de las organizaciones sociales de base a través de entrevistas en los periódicos el Tiempo y el Colombiano revisados desde el año 1993 hasta la fecha actual.</p>
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> -Desde 1993 los sindicatos previeron la desaparición de entidades públicas como Cajanal y el Instituto del Seguro Social. -Se encontró que la Corte Constitucional tratando de defender a los usuarios de los efectos nocivos de éstas leyes los ha favorecido a través de múltiples acciones jurídicas que en muchas ocasiones no son justificadas yendo en contra del sostenimiento del sistema y la financiación del mismo. -La sostenibilidad de nuestro sistema de salud tiene un problema estructural de fondo que no solo está influenciado por la política actual sino por las influencias neoliberales, esto hizo que los estados ofrecieran sus activos a través de la venta con el fin de disminuir sus deudas presionados por entes internacionales como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, entregando todos sus servicios públicos a manos de particulares que aprovecharon ésta situación para

	lucrarse sus bolsillos , todo con el fin de mejorar su eficiencia y de manera directa la salud .
Discusión	<p>Toda la crisis generada en el sector salud obligaron a los colombianos a pagar cada día más por los servicios buscados aportando más desembolsos a través de copagos y cuotas moderadoras que vuelven más costoso nuestro sistema de salud y menos equitativo aunque el Estado hace aportes a través de pagos de siniestros, altos costos y no pos, pero continuamos con el problema de las deudas, donde se facturan miles de millones de pesos las cuales quedan pendientes.</p> <p>Hemos visto que el sistema no ha dado ganancias o por lo menos están en manos de particulares principalmente por la existencia de la corrupción, siendo el Estado el principal controlador de los recursos, pero estamos olvidando la verdadera esencia de este proceso y es la protección de la vida y el mejoramiento de la calidad de ella y no solo un proceso administrativo en el cual debemos generar resultados.</p> <p>Es evidente que los principales problemas observados sean iguales antes y ahora, como el pago del personal asistencial que exige menor remuneración, usuarios que demandan más oportunidad y mejor calidad en los servicios, medicamentos que se niegan a las personas porque no son pos o porque no alcanzan los recursos, hospitales sin dotación o sin personal adecuado o zonas sin ningún centro de atención, en fin un sinnúmero de quejas que nos alejan de la universalidad con calidad, la equidad y el adecuado servicio, garantizando la salud como derecho y no como negocio.</p>
Análisis Personal	<p>Para nosotros los colombianos es de vital importancia conocer y entender los componentes de nuestro sistema de seguridad social en salud más aún en las circunstancias actuales en las que nos encontramos inmersos y enfrentados a la crisis del sistema.</p> <p>Debemos tener en cuenta que no todo ha sido malo en el actual modelo y que se han logrado avances como el aumento en la cobertura los cuales se deben tener en cuenta para generar posibles cambios futuros aunque aún estamos lejos de estándares de calidad mundial.</p>

	<p>Debemos tener en cuenta que para mejorar nuestras condiciones en salud y por ende la calidad de vida de todos, es necesario crear escenarios de concertación donde el Gobierno Nacional debe intervenir en pro del beneficio común, eliminando barreras entre los actores del sistema con el fin de tratar de mejorar el modelo en beneficio del afiliado, si tratamos de cambiar desde nuestro sitio las condiciones de trabajo y creamos mentes pro activas estaremos aportando nuestro “granito de arena” en búsqueda del objetivo común CALIDAD DE VIDA.</p>
--	---

ARTICULO 23

Título	¿Por qué la crisis multisistémica de la salud?
Autor y Año	Francisco J Yepes (2013)
Ubicación del artículo (base datos)	scielo.org.co http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a01.pdf . Rev. Gerencia. Política. Salud
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	YEPES, Francisco J. ¿Por qué la crisis multisistémica de la salud? 2013. Rev. Gerencia. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 12 (24): 5-7, enero-junio de 2013.
Objetivo del artículo	Analizar las múltiples causas que han llevado a la crisis el sector salud con el fin de plantear probables soluciones que contribuyan al mejoramiento de nuestro entorno y puedan contribuir a una probable nueva reforma del sistema de seguridad social.
Palabras Clave	Crisis multisistémica Sistema de salud Modelo de cuidado de la salud Aseguradores

<p>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</p>	<p>Nuestro sistema de seguridad social en salud ha atravesado por graves crisis las cuales no tienen una única causa sino que ha sido multifactorial entre algunas de las cuales se encuentra errores en el financiamiento, en la ejecución de la salud pública, en la prestación de servicios y sobre todo en los resultados sobre la salud de las comunidades.</p> <p>Lo más importante de ellas es tratar de analizarlas desde varios puntos de vista y crear opiniones y probables soluciones a las fallas identificadas evitando repetir errores que nos conducen al fracaso.</p> <p>Dichas fallas pueden ser de varias índoles pero su accionar conjunto nos conduce al detrimento de la salud de los colombianos y al posterior colapso.</p> <p>El eje fundamental de cualquier sistema de salud se basa en la búsqueda de la salud por ende debe cumplir garantizando la recuperación de ella en caso de enfermedad y manteniendo poblaciones sanas y productivas pero dichas falencias están llevando a que las comunidades aumenten la carga de enfermedad y no hagan adecuado uso de los programas que deben implementarse de promoción y prevención de la enfermedad.</p>
<p>Muestra</p>	<p>Se trata de un artículo editorial con base en 4 referencias bibliográficas.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Se tomó como base los indicadores de desempeño de la política sanitaria en Colombia entre los años 1985 y 2001 además un artículo publicado por el Instituto de Estudios del Ministerio Público de la Universidad de Santander referente a los dilemas éticos frente a la rentabilidad financiera.</p>
<p>Resultados</p>	<p>-Un punto esencial para mantener comunidades sanas es fortalecer la atención básica en donde contamos con grandes herramientas como lo son la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad pero cuyos planes han quedado plasmados en el papel pero sin asignar tareas directamente a un sector y cuya</p>

	<p>responsabilidad se ha evadido de mano en mano.</p> <p>-Cuando las personas han perdido la salud tienen derecho a la recuperación y rehabilitación siendo asumidas por el sistema de salud al cual pertenecen además de ser atendidos por personal calificado y entrenado para la realización de dicha labor.</p> <p>-Entre las múltiples fallas identificadas nos hemos centrado en 4 principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En la mayoría de las EPS no cuentan con un modelo de cuidado de la salud como la atención personalizada por un médico familiar que pueda llevar la historia clínica del usuario en forma organizada y garantizando continuidad a los manejos instaurados. 2. Se adoptó un sistema de pago por anticipado o UPC a los aseguradores, lo cual facilita la evasión de responsabilidades frente a los usuarios. 3. Existen aún grandes barreras para el acceso a los servicios de salud principalmente tratando de reducir la siniestralidad y evitando que el paciente entre en contacto con los servicios o lo que es peor aún se creó un ambiente de negación de servicios. 4. Omisión del Estado en su papel de ente controlador y regulador que en muchas ocasiones se vuelve cómplice al hacer caso omiso de situaciones irregulares que generalmente favorecen a particulares.
<p>Discusión</p>	<p>Existen aún muchas falencias en cuanto al sistema pero quizás una de las más marcadas sea la limitación de las comunidades de su derecho a la salud en vez de defender y aplicar dicho punto.</p> <p>Nos hemos basado en buscar soluciones en cuanto al manejo financiero se trata pero estamos dejando de lado grandes falencias como el deficiente modelo de cuidado de la salud y el acceso a los servicios, lo cual nos podría conducir a un abismo sin salida al repetir de nuevo los errores cometidos previamente.</p> <p>Se debe buscar un punto intermedio entre la búsqueda de la salud y el adecuado manejo de recursos, lo cual permitiría brindar servicios con calidad y oportunidad sin despilfarrar los recursos asignados para tal fin sin dejar de lado una adecuada supervisión no solo del Estado</p>

	<p>sino por parte de la ciudadanía la cual podría participar proactivamente de esta tarea.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Son muchos los escándalos que han enlodado nuestro sistema de salud colombiano como la utilización de la UPC para otras finalidades, las deudas a las instituciones de salud, el no reporte de informes financieros sin nombrar la corrupción de la cual hemos sido objeto. Todo lo anterior hace que los resultados luego de la implementación de la ley 100 no hayan sido alentadores pero indican que no solamente hay errores de estructuración sino que las principales falencias se han identificado a través de su implementación principalmente por manos de particulares.</p> <p>Otro punto débil es la financiación del sistema que depende en gran parte de los aportes de trabajadores pero en Colombia la inestabilidad laboral ha aumentado cada día más y en proporción directa con la informalidad, agravando de paso una de las partes álgidas como el financiamiento.</p> <p>Por todo lo anterior necesitamos una reforma que tenga en cuenta todas las falencias identificadas como por ejemplo poca calidad, corrupción además de tener una financiación sólida que pueda establecer de manera razonable los costos de los servicios de salud.</p> <p>No hay ningún sistema de salud que sea universal ni mejor, ya que cada país tiene características diferentes en cuanto a población, condiciones socioeconómicas y morbimortalidad, razón por la cual debe adaptarse de manera única a las condiciones locales aprovechando errores y situaciones positivas para su implementación.</p>

ARTICULO 24

<p>Título</p>	<p>Effects of managed care mechanisms on access to healthcare: results from a qualitative study in Colombia</p> <p>Efectos de los mecanismos de atención administrada de acceso a la salud: resultados de un estudio cualitativo</p>
----------------------	--

	en Colombia.
Autor y Año	Ingrid Vargas, Jean-Pierre Unger, Amparo Susana Mogollón-Pérez and M. Luisa Vázquez – 2012
Ubicación del artículo (base datos)	PubMed.gov
Citación Bibliográfica del artículo (en Vancouver)	Vargas, Ingrid, et al. "Effects of managed care mechanisms on access to healthcare: results from a qualitative study in Colombia." The International Journal of Health Planning and Management (2012). Efectos de los mecanismos de atención administrada de acceso a la salud: resultados de un estudio cualitativo en Colombia.
Objetivo del artículo	Analizar las barreras a la salud que surgen de la introducción de mecanismos de atención administrada en Colombia.
Palabras Clave	Programas de atención medica administrada Calidad, acceso y evaluación de atención en salud Política de salud; Investigación cualitativa Colombia
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<ul style="list-style-type: none"> • Los programas de atención médica administrada se han usado como base en las reformas del sector salud en América Latina en las últimas dos décadas, junto con la privatización de los sistemas de seguridad social. • Organizaciones de atención administrada (MCO) reciben un pago capitolativo por parte del organismo de financiación - del gobierno o los empleadores- para proporcionar o hacer arreglos para proporcionar un espectro de servicios de salud a una población definida • En los países con recursos limitados, la atención médica administrada se ha convertido en una panacea para controlar y, de hecho, para reducir

	<p>el uso innecesario de los servicios</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de los estudios sobre el acceso de salud en Colombia, pone a los seguros de salud como una variable independiente, medida por la presencia o ausencia de inscripción en el seguro. Este es un grave defecto porque en modelos de competencia gestionados, las aseguradoras influyen directamente en el acceso a la asistencia sanitaria mediante la definición de la red de proveedores y las condiciones de acceso
Muestra	<p>Hay dos áreas de estudio: una urbana -Ciudad Bolívar, Bogotá, DC, con 628.672 habitantes (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004)- y una rural -La Cumbre, Departamento del Valle del Cauca, con 11.122 habitantes (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2008). En la primera, una amplia gama de subsidiados y contributivos, las compañías de seguros están presentes, mientras que en el segundo, sólo hay una compañía de seguros subsidiados, con la mayoría de los contributivos pertenecientes a dos compañías de seguros. En ambas áreas, la mayoría de la población vive en la pobreza (Alfredo y García, 1996; Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004).</p>
Intervención y proceso medición	<p>La investigación cualitativa, de tipo exploratorio y descriptivo-interpretativa se llevó a cabo sobre la base de estudios de casos de cuatro redes de salud, integrados por las aseguradoras y sus proveedores. Individuales de entrevistas semi-estructuradas a una muestra teórica de informantes (directivos, profesionales y usuarios), entre el 24 y el 61 por red. El tamaño de la muestra final fue alcanzado por la saturación de información. Se realizó un análisis de contenido temático inductivo. Las áreas de estudio fueron dos municipios de Colombia, en el que la mayor parte de la población vive en la pobreza.</p> <p>El análisis de contenido temático inductivo se llevó a cabo con el apoyo del software Atlas.ti 5.0 (ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, Berlín, Alemania). Los datos fueron segmentados por el estudio de caso, el grupo de informantes y temas. El proceso de generación de categorías era principalmente inductiva. Se identificaron temas, codificados, volver a codificarse y clasificarse, la identificación de patrones comunes</p>

	<p>mirando regularidades, convergencias y divergencias en los datos, a través de un proceso de comparaciones constantes, que van y vienen entre los datos y el marco conceptual. La influencia de los mecanismos de atención administrada y estrategias de compra sobre el acceso no estaba incluido en la guía de temas para las entrevistas, las cuales, sin embargo, surgieron categorías como importantes para el análisis.</p> <p>Para garantizar la calidad de los datos fue triangulada la información. Resultados producidos por diferentes grupos de informantes e investigadores se contrastaron con los otros y con los de la literatura.</p>
<p>Resultados</p>	<p>En ambos regímenes y áreas, todos los grupos de informantes reportan que los aseguradores introducen barreras a la utilización de servicios de salud a través de diferentes estrategias y mecanismos de atención administrada: los que actúan directamente sobre el paciente (por ejemplo, la autorización de los servicios) y aquellos que actúan sobre los profesionales de la salud (estrategias y mecanismos de compra para el control de la práctica clínica).</p> <p>Las autorizaciones de los servicios clínicos incluidos en el paquete de beneficios. Según la mayoría de los proveedores, profesionales públicos administrativos y sanitarios entrevistados, las autorizaciones son una de las principales herramientas utilizadas por las aseguradoras para limitar el uso de los servicios cuando los proveedores son contratados</p>
<p>Discusión</p>	<p>Los resultados parecen indicar que el tipo de estrategia implementada para controlar el uso de los servicios no depende tanto del tipo de régimen de seguro (subvencionado o contributivo) o la zona en la que operan (rural y urbana), sino más bien en el tipo de integración entre la aseguradora y los proveedores.</p> <p>Teniendo en cuenta los resultados y el vigente debate internacional, se podría argumentar que el problema no reside en los mecanismos per se, sino más bien en la finalidad y los contexto en el que se utilizan.</p> <p>Nuestros resultados indican que, en contextos en los que las aseguradoras y los proveedores trabajan con fines de</p>

	<p>lucro o en que los servicios de salud carecen de una financiación y la productividad es baja, como es el caso de países de bajos ingresos, los mecanismos de atención administrada se emplean a veces para reducir el uso de la asistencia sanitaria, sin tener necesidades de los pacientes en consideración</p> <p>Por lo tanto, los resultados ponen en duda una vez más la utilidad de este tipo de práctica en general, y en especial en los países de medianos y bajos ingresos, ya que muestran lo extraordinariamente difícil que es para un sistema de regulación corregir eficazmente las deficiencias del mercado y salvaguardar los derechos de los pacientes. Bajo estas circunstancias, las compañías de seguros y proveedores de salud en última instancia, determinar las condiciones de acceso de la población a servicios de salud y, por tanto, el nivel de equidad en el acceso en el sistema sanitario.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Este artículo es muy interesante por el diseño descriptivo – cualitativo, la diversidad de población entrevistada, ya que tiene muestra de zona rural y urbana y también de diferente zona geográfica del país, lo que permite una visión amplia de los objetivos del estudio.</p> <p>Es muy interesante porque se basa en el análisis del impacto de los mecanismos administrativos que se aplican en el Sistema General de Seguridad Social y que la ley permite a las EPS, siendo estos mecanismos la base de la aplicación de la prestación en salud en el país. Si bien la ley 100 se muestra en la letra muy completa, objetiva, justa y equitativa, los mecanismos para implementarla permiten que las empresas encargadas del aseguramiento manipulen el mercado para su beneficio económico, y este artículo lo demuestra con los diferentes puntos de vista respecto a la prestación y acceso del servicio de país.</p> <p>Es una realidad que este tipo de políticas en salud no es aplicable al tipo de población y a la condición económica, social, geográfica y sobre todo, política de nuestro país. En él se refleja la realidad que a todos como usuarios nos ha tocado vivir en algún momento, agregando además el análisis de la población pobre que es sometida a las más duras pruebas y tratos del sistema.</p>

ARTICULO 25

Título	La licencia de maternidad en el régimen internacional laboral y su desarrollo en Colombia a partir de la constitución de 1991.
Autor y Año	Yilly Vanessa Pacheco. 2012
Ubicación del artículo (base datos)	google avanzado
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Pacheco, Yilly Vanessa. La licencia de maternidad en el régimen internacional laboral y su desarrollo en Colombia a partir de la Constitución de 1991. Criterio Jurídico, 2012, vol. 11, no 2.
Objetivo del artículo	El objetivo del artículo es mostrar desde el punto de vista jurídico y político como el estado colombiano en materia laboral y de seguridad social tiene la obligación de acogerse a las normas internacionales de trabajo expedidas por la OIT y que constituyen el marco normativo a nivel internacional que, en consonancia con diversos tratados de protección de los derechos humanos, consagran los derechos de los trabajadores y sus garantías mínimas, lo que se denomina el régimen Internacional laboral.
Palabras Clave	Globalización Normas internacionales de trabajo Licencia de maternidad Jurisprudencia Derechos fundamentales Corte Constitucional.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento)	La licencia de maternidad se erige como norma social y económica en el ámbito nacional e internacional, y en sintonía con la protección de los derechos de la mujer trabajadora y con los derechos fundamentales de los niños, se ha logrado entonces todo un desarrollo a

<p>problema)</p>	<p>través de múltiples instrumentos normativos, los cuales han sido aprobados por el Estado colombiano. Así, a nivel nacional, tal prestación se reconoce a partir de la expedición de la Carta Política de 1991 y, desde entonces, su evolución en el ordenamiento jurídico interno se ha dado fundamentalmente por vía de jurisprudencia emitida por la Corte Constitucional colombiana. Ahora bien, la protección de la mujer en estado de embarazo y el reconocimiento de prestaciones económicas por maternidad encuentra asidero en múltiples instrumentos jurídicos del régimen internacional de derechos humanos como la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículo 25), el Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales (art. 10, numeral 2), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, de 1979 (art. 11, numeral 2, literal b; y art. 12, numeral 2), el Convenio 111 de la OIT, el Convenio No. 3 sobre la protección de la maternidad de 1919, el Convenio 103 de 1952, con la Recomendación 95, entre otros, los cuales han sido suscritos por el Estado colombiano, y, que mediante la figura del bloque de constitucionalidad, consagrada en la Carta Política de 1991 por el constituyente, se incorporan al ordenamiento jurídico colombiano.</p>
<p>Muestra</p>	<p>La muestra y la metodología corresponden a una investigación básica jurídica, de tipo hermenéutico en el marco del paradigma cualitativo interpretativo de las ciencias sociales. Dirigida a la interpretación de las realidades sociales en el proceso de globalización y su incidencia en el campo jurídico, y por otra parte, a la interpretación de las NIT, la legislación laboral colombiana y la jurisprudencia de la Corte Constitucional.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>El proceso de medición se llevó a cabo tomando los indicadores a nivel internacional.</p>
<p>Resultados</p>	<p>El artículo es de revisión donde la autora de manera los avances a nivel legislativo colombiano y los avances a nivel generalizado en lo concerniente a los derechos de las mujeres y puntualmente en lo referente a la incapacidad por maternidad en Colombia y los avances considerables que se han obtenido.</p>

Discusión	<p>El fenómeno de la globalización se ha caracterizado por la aparición de problemas globales desde diferentes áreas que se interrelacionan dadas las condiciones de interdependencia que generan los actores en el mundo actual. Tal es el caso de las políticas de desarrollo económico que inciden directamente en los ordenamientos jurídicos de los Estados, poniendo en peligro los derechos y garantías que se desprenden de la relación laboral entre los trabajadores y sus empleados. Por lo anterior, se hace necesario desde la comunidad internacional impulsar una normatividad garantista de los derechos de los trabajadores en el contexto de la globalización. Este sistema de normas integra el régimen internacional laboral, que sirve para fortalecer las relaciones entre los diferentes actores que han emergido como respuesta al proceso de globalización y coadyuvar a la solución de los problemas transnacionales que no puede ya solucionar el Estado nación de manera individual.</p>
Análisis Personal	<p>La autora nos muestra desde el inicio del artículo como desde los albores de la constitución política colombiana de 1991 y con los conceptos de las diferentes cortes y demás normatividad (ley 100 de 1993) como el estado colombiano garantiza los derechos fundamentales de las mujeres y de los niños. De manera muy pertinente nos muestra como nuestro país tiene la obligación de regirse por normas internacionales lo que ha cambiado de manera sustancial el panorama en cuanto a las mujeres gestantes en Colombia.</p>

ARTICULO 26

Título	Determinantes sociopolíticos de las políticas internacionales de salud.
Autor y Año	Pol De Vos , Patrick Van der Stuyft (2013)
Ubicación del artículo (base	scielosp.org

datos)	
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	De Vos, Pol, and Patrick Van der Stuyft. "Determinantes sociopolíticos de las políticas internacionales de salud." Rev Peru Med Exp Salud Publica 30.2 (2013): 288-96.
Objetivo del artículo	Contextualizar la situación actual de las políticas en salud, mediante la presentación de una mirada retrospectiva analizando cómo las tendencias sociopolíticas y económicas durante la última mitad del siglo XX han influenciado los paradigmas relacionados a los sistemas de salud en Latinoamérica.
Palabras Clave	Políticas públicas de salud Reforma de la atención de salud Atención primaria de salud
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>El concepto de una aproximación integral hacia la salud y los servicios de salud de la Declaración de Alma Ata (DAA) es un hito en la concepción actual de la política sanitaria.</p> <p>La salud fue definida en dicha conferencia como: <i>“Un derecho humano fundamental (...) cuya realización requiere de la acción de varios otros sectores sociales y económicos, en adición al sector salud”</i>.</p> <p>La DAA afirma que los “gobiernos son responsables por la salud de su población” , mientras que la población “tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en el planeamiento e implementación del cuidado de su salud”</p> <p>Los tiempos cambiaron, y durante los 80 el neoliberalismo se convirtió en el paradigma económico dominante a nivel mundial.</p>
Muestra	Se tomaron como base 89 referencias bibliográficas de diferentes autores y distintos países de América Latina.
Intervención y proceso medición	Se ilustra el enfoque neoliberal de la reforma del sector salud de Chile en la década de 1980 y de la reforma colombiana desde 1993. La lógica pública integral se ilustra a través de los modelos de seguridad social en Costa Rica y en Brasil, y a través de los sistemas

	<p>nacionales de salud pública en Cuba vigentes desde 1959, y en Nicaragua, durante la década de 1980.</p>
<p>Resultados</p>	<p>La muy necesaria implementación de las políticas de “salud para todos” de la DAA no podía ser realizada en el sur, porque las políticas de ajustes estructurales limitaban dramáticamente los recursos humanos y materiales en salud.</p> <p>El sistema de salud experimentó una serie interminable de reformas: el financiamiento del sector público debía ser reducido gradualmente, llevando a un deterioro de los servicios públicos y la introducción de pagos por los usuarios se convirtió en el mecanismo para el financiamiento de los servicios a todos los niveles del sistema de salud.</p> <p>Desde los inicios de los 90, se introdujeron cambios políticos, estructurales y de manejo en la mayoría de los sistemas de salud a nivel mundial, que resaltaban el rol de los mercados, el crecimiento de la competencia y mayor importancia del sector privado.</p> <p>El Banco mundial y otras instituciones internacionales, estimulaban y sostenían las reformas del sector salud en las cuales las empresas de atención gerenciada (EAG) [Health Management Organizations] obtenían oportunidades de inversión a través de la privatización de los servicios públicos y los fondos de seguridad social</p> <p>Durante los 80, el Chile de Pinochet se convirtió en el laboratorio mundial y pionero de la reforma neoliberal del sector salud.</p> <p>Empezando los 90, con una importante influencia y el apoyo financiero de los organismos financieros internacionales, Colombia estableció una reforma del sector salud a largo plazo, difundida como una versión moderna y democrática de la experiencia chilena concerniente a la reforma sanitaria (47). Se organizó una separación proveedor/consumidor, con entidades públicas y privadas compitiendo en un mercado regulado tanto del lado del proveedor como del consumidor</p> <p>En el año 2000, la OMS calificó la reforma de salud colombiana como la más justa en el mundo (48). Sin embargo, una serie de estudios cuestionaron esta afirmación. La reforma colombiana no había sido capaz de materializar sus promesas de universalidad, equidad, eficiencia y mejora global de la calidad (49). Mientras que el aseguramiento de la salud se convertía en una de las industrias más lucrativas en Colombia</p> <p>Aun durante estas décadas de reforma neoliberal del</p>

	<p>sector salud, coexistían modelos alternativos en la región. En general, la voluntad política para el desarrollo de un modelo integrado de seguridad social – en Costa Rica y Brasil – o un sistema nacional de salud pública – en Cuba y Nicaragua – se ligaba tanto a procesos democráticos como de emancipación.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Las políticas neoliberales impulsaron una creciente contradicción entre las necesidades de salud y las ganancias privadas. La reforma de la salud orientada al mercado en Colombia probó no ser capaz de resolver esta contradicción.</p> <p>Durante los 90 las políticas neoliberales llevaron a una situación dramática en términos de subdesarrollo social y falta de acceso al cuidado de la salud.</p> <p>El reporte de Salud Mundial de la OMS 2008 evaluó críticamente la manera en la que el cuidado de la salud era organizado, financiado y brindado en países ricos y pobres.</p> <p>Las inequidades en el acceso a la salud y la carga de enfermedad son usualmente mayores en aquellos casos en los que la salud es tratada como una mercancía y el cuidado de la salud es conducido por la rentabilidad financiera.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Este artículo no presenta una visión histórica, económica y políticas sobre los programas en salud en diversos países de Latino América.</p> <p>Durante las últimas décadas el mundo ha evolucionado hacia una competencia y se ha centrado en el modelo administrativo en todos los ámbitos de la sociedad, incluso en la salud; lo cual ha llevado a centrarse en el interés económico y de ganancia, por encima del bienestar de la población.</p> <p>Pero así mismo, se están comenzando a ver resultados muy preocupantes que muestran que la mayoría de estas políticas basadas en el mercado privado no están solucionando los problemas de salud de la población, al contrario está creando brechas sociales y no están mostrando resultados en cuanto a acceso y equidad.</p>

ARTICULO 27

Título	Aumento de la segmentación en el sistema de salud colombiano.
Autor y Año	Félix Martínez ,César Giraldo ,Paola García, Carlos Rodríguez ,Sandra Milena Barrios (Miembros del Grupo de Investigación en Protección Social y Salud Pública de la Universidad Santo Tomás) 2011
Ubicación del artículo (base de datos)	Google Scholar
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver	Martínez, Félix, Giraldo, César, García, Paola, Rodríguez, Carlos; Barrios, Sandra Milena. Aumento de la segmentación en el sistema de salud colombiano. Revista CIFE, 18, (13), pág.137-152. 2011
Objetivo del artículo	Evaluar las asignaciones per capita para cada uno de los regímenes del SGSSS, comprobando la dificultad de igualar el plan de beneficios para los regímenes.
Palabras Clave	Ley 100 de 1993 Régimen contributivo y subsidiado Segmentación Plan de beneficios Financiamiento de la salud.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La Ley 100 de 1993, estableció el mandato de la cobertura universal de la seguridad social en salud y ordenó que el plan de salud de la población sin capacidad de pago (subsidiada) debía ser igual al Plan Obligatorio de Salud (POS) de la población con capacidad de pago (contributiva), antes del año 2001. Al año 2007 esto no se había cumplido, por lo cual la Corte Constitucional conminó al gobierno nacional en el 2008, mediante la sentencia T-760/08, al cumplimiento del mandato legal.

	<p>El problema es que no resulta lógico pretender que los beneficios del régimen subsidiado sean iguales a los del contributivo (igualar el POS) cuando los recursos per cápita para el subsidiado son menos de la mitad que los del contributivo.</p> <p>En el 2008 la (Unidad de Pago por Capitación) UPC del régimen contributivo era 1.8 veces la del subsidiado, mientras que en 1996 era 1.6 veces. Si se toman en cuenta las asignaciones adicionales per cápita que recibe el régimen contributivo por conceptos como ponderadores de edad, sexo y zona, los recursos adicionales para Promoción y Prevención (P y P), las incapacidades, las licencias, los pagos del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) por servicios no POS, la relación entre contributivo y subsidiado, en asignaciones per cápita, pasa de 1.7 en 1997 a 2.0 en 2008.</p> <p>La participación de la remuneración de los asalariados en el PIB ha disminuido desde un poco más del 36% en 1999, al 31% en el 2007, lo que significa que el ingreso salarial, base de la cotización a la seguridad social, incluida la salud, está disminuyendo</p>
<p>Muestra</p>	<p>Para la evaluación del comportamiento de los distintos rubros de financiamiento se construyeron series de ingresos y gastos en salud en cada uno de los regímenes del SGSSS, para el período 1993 - 2008 en valores constantes y corrientes. Estos se agruparon teniendo en cuenta la población objetivo a la que fueron destinados los recursos (gasto) o de acuerdo con la fuente de financiación de que provienen (ingresos).</p> <p>Los ingresos de cada régimen se definieron así:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Régimen Contributivo: compuestos por los aportes tanto familiares, como patronales, realizados para acceder al aseguramiento de una EPS contributiva. • Régimen Subsidiado y no asegurados: las fuentes de financiación de estos regímenes son diversas, incluyen recursos provenientes de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN), el situado fiscal, el Sistema General de Participaciones (SGP), la subcuenta de solidaridad, el esfuerzo fiscal propio de los territorios, las rentas cedidas, las Cajas de Compensación familiar (CCF), recursos destinados a la población vinculada, desplazada, recursos de la cuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes

	<p>de Tránsito (ECAT) y otros aportes realizados por los gremios en 2004 y 2006.</p> <p>Los gastos de cada régimen se identificaron así:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Régimen Contributivo: incluye la Unidad de Pago por Capitación (UPC) efectiva, es decir, los recursos efectivamente pagados por el aseguramiento al régimen contributivo de acuerdo con el riesgo diferencial asociado a la edad y sexo de los afiliados al régimen contributivo. Otros gastos pagados corresponden a los fallos de tutela, incapacidades, licencias y recursos que la subcuenta de promoción y prevención de FOSYGA destina a la población contributiva. • Régimen Subsidiado: incluye las UPC del régimen subsidiado y los pagos por fallos de tutela. • Subsidios parciales: incluye las UPC normadas del Régimen de Subsidios parciales entregados desde 2003. • No asegurados: incluyen recursos provenientes de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN), el situado fiscal, el Sistema General de Participaciones (SGP), el esfuerzo fiscal propio de los territorios, las rentas cedidas, recursos destinados a la población vinculada, desplazada, recursos de la cuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), no aplicados al Régimen Subsidiado.
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Se construyeron indicadores per cápita basados en los recursos efectivamente asignados, dadas las grandes diferencias entre el valor nominal o normativo y el efectivamente pagado a las aseguradoras en el Régimen Contributivo y en menor medida en el Régimen Subsidiado.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Las series construidas nos muestran el crecimiento sostenido en pesos corrientes de los ingresos del sistema, en dos grandes rubros, el agregado que financia la población del régimen contributivo y el agregado para la población no contributiva, subsidiada bien sea por vía demanda u oferta.</p> <p>Los gastos totales, muestran igualmente un importante crecimiento en pesos constantes (se utilizó el deflactor implícito del PIB en equivalentes a pesos de 2008), desde 7.6 billones de pesos en 1995, año de inicio</p>

	<p>práctico de los regímenes contributivo y subsidiado, hasta 16.5 en el año 2008, es decir, que se incrementaron en un 116%. Sin embargo, también señalan que los recursos del régimen contributivo crecieron de 3.3 a 9.5 billones, es decir, un 191%, mientras que los correspondientes a la población no contributiva ascendieron de 4.3 a 6.9 billones, es decir, un 60%.</p> <p>No ha habido en los 12 años esfuerzo fiscal alguno por parte del gobierno nacional para mejorar los recursos destinados a la salud de la población pobre (con subsidios de demanda u oferta) y que, por el contrario, perdió importancia y participación este gasto en salud respecto a otras prioridades del gobierno. Los actos legislativos para reducir el crecimiento de las transferencias, de los años 2001 y 2007, así como la Ley 715, constituyen el marco de reducción de la participación del sector salud en el presupuesto nacional.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Las dificultades financieras del SGSSS, que se traducen en segmentación entre los regímenes y desigualdades en la asignación de los recursos, son resultado, en primer lugar, del aumento en el número de afiliados al subsidiado (cerca de 10 millones de personas entre 2003 y 2008), y la desaceleración simultánea en el crecimiento de los recursos destinados a la población vía subsidios de oferta o demanda, que sólo aumentaron 0.12% del PIB en el mismo período, como producto de las reformas constitucionales del 2001 y el 2007, que limitaron el crecimiento de las transferencias territoriales (Sistema General de Participaciones).</p> <p>La explicación de las dificultades de financiación de la población no contributiva tiene que ver con la falta de crecimiento del régimen contributivo, que no logra cubrir más allá del 40% de la población. Este resultado es la combinación de una disminución de la salarización, que es la base de los regímenes de cotización, que lleva a que la participación disminuya. Con la des-salarización, el financiamiento de la salud, y de la seguridad social en general, se va desligando de su base económica, y eso genera un debilitamiento inevitable del sistema y una tensión entre los sistemas contributivos y los que dependen del fondo general de impuestos.</p> <p>No es posible lograr la universalidad mientras el SGSSS continúe basado en dos regímenes excluyentes.</p>

Análisis Personal

El presente artículo nos muestra una mirada muy amplia de la evolución financiera del SGSSS y de la dificultad actual a la sostenibilidad del sistema.

El Sistema de Salud en Colombia está basado en políticas excluyentes donde básicamente mediante la clasificación de la población en dos regímenes, se brindan a grandes rasgos dos tipos de atención en salud, esto se traduce en desigualdad, inequidad y exclusión.

A la fecha no se ha logrado cumplir el objetivo de universalidad en los regímenes del SGSSS y la información del artículo nos muestra las bases económicas de esas dificultades, el sistema se volvió insostenible dado que está basado en un principio de solidaridad, mediante el cual la población que puede contribuir económicamente pertenece al régimen contributivo y ayuda a subsidiar en un porcentaje a la población que no tiene recurso económico para contribuir al sistema, perteneciendo al régimen subsidiado.

Actualmente la población que está en capacidad de contribuir con el sistema se encuentra en disminución por diversas causas, de las cuales la más importante es la des-salarización, el trabajo informal y el desempleo en aumento, con altas tasas de población infantil y grandes tasas de población de edad que no está en capacidad de trabajar, dejando un pequeño grupo de población en edad laboral para suplir el gran volumen de subsidios.

Esta información reitera la necesidad de un cambio radical en la estructura de las políticas en salud, no solo continuar realizando pequeñas modificaciones (“pañitos de agua tibia”) a la ley, que lo único que logran es tapar los grandes “baches” del sistema.

Se requiere que la Salud se convierta en una prioridad gubernamental y Derecho fundamental en la constitución política, para realizar directrices de implementación que busquen el subsidio de la salud mediante otras fuentes presupuestales y no solo con el régimen contributivo, además se debe buscar la igualdad del servicio sin exclusiones para lograr la universalidad, justicia y equidad.

ARTICULO 28

Título	Los Objetivos del Milenio y la Crisis de la Salud
Autor y Año	Caballero Uribe, Carlo Vinicio; Alonso Palacio, Luz Marina 2013
Ubicación del artículo (base datos)	rcientificas.uninorte.edu.co http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81728689001
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Caballero Uribe, Carlo Vinicio; Alonso Palacio, Luz Marina. Los Objetivos del Milenio y la Crisis de la Salud. Revista Científica Salud Uninorte, 2013, vol. 29, nro 1
Objetivo del artículo	Concientizar a los lectores y principalmente al sector salud de la necesidad de cambio del modelo de salud haciendo énfasis en los pobres resultados que hemos alcanzado en el logro de los objetivos del milenio y los cuales promueven la mejoría de la calidad de vida de las comunidades haciendo un recorrido por posibles causas y condiciones que empeorarían el panorama de nuestro país.
Palabras Clave	Salud Medicina Crisis Colombia
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Colombia es uno de los países que hace parte de los firmantes en los objetivos del milenio para los cuales falta poco en llegar a la fecha propuesta que fueron 1000 días y en los cuales la salud es parte fundamental. De las 52 metas establecidas, solo llevamos 9 y el tiempo se agota, entre muchos de los objetivos de éste tratado, están: “erradicar la pobreza extrema y el hambre, enseñanza primaria universal, promover la autonomía de

	<p>las mujeres y la equidad de género, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud sexual y reproductiva, combatir el VIH-sida, malaria y dengue, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente etc”.</p> <p>Debemos tener conocimiento de la grave crisis que afronta la salud, y con lo cual se afecta de manera directa el logro de las metas, una de las tantas causas es el tipo de modelo escogido donde se basa en un método curativo y no preventivo que se basara en la promoción de la salud y en evitar la aparición de la enfermedad. Nuestro país tiene un modelo económico que se debate entre el pago de los gastos de salud y el derecho de las personas, donde se piensa que entre mayor sea el costo mejor será el servicio pero sin tener en cuenta la afectación de la economía en general.</p> <p>Seguimos luchando contra enfermedades del tercer mundo sin que se reflejen resultados alentadores, lo cual demuestra claramente que no estamos haciendo lo correcto o por lo menos no es el modelo ideal , indicando la necesidad urgente de cambio y sobretodo de concientización de las personas para su autocuidado.</p>
Muestra	Se trata de un artículo editorial donde toman como base diez revisiones de diferentes autores citados e como en el texto.
Intervención y proceso medición	Se basó en el análisis de varias revisiones bibliográficas (10) por parte del editor, dando su opinión personal.
Resultados	<p>-De las 52 metas propuestas en los objetivos del milenio nos acercamos apenas a 9 con niveles de cumplimiento.</p> <p>-Contamos con un modelo de salud netamente económico preocupado cada día por la obtención de ganancias y enfocado a la contención de costos sin tener realmente en cuenta la calidad y atención de los pacientes.</p> <p>-Se ha dejado de lado la atención primaria y la prevención dedicándonos de manera prioritaria a la cura de la enfermedad y al mejoramiento de la tecnología para</p>

	<p>la atención de los pacientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se ha encontrado falta de educación en las poblaciones las cuales desean los servicios más costosos como sinónimo de mejor calidad en la prestación de la atención. -Aumento en las facturaciones de exámenes y disminución de los costos de atención a los prestadores con el fin de aumentar el lucro cesante del “negocio”. -Se encontró a la salud de la prevención en un segundo plano con objetivos alejados de los pactados desde 1993 con la reforma en nuestro sistema de salud. - Sistemas de comunicación deficientes entre pacientes y el sistema donde los pacientes no están enterados de su funcionamiento además de conocer las patologías que los aquejan. - Monopolización del sistema en donde la lucha por generar recursos favorece la creación de alianzas que manejan los dineros. -Falta de elementos para la evaluación correcta de la prestación de servicios y poder definir su calidad objetivamente.
<p>Discusión</p>	<p>Colombia como parte de los países firmantes de los objetivos del milenio cuenta con un sistema de salud que no favorece el logro de dichas metas, a pesar de tener un modelo atractivo para muchas potencias mundiales, se ha desviado hacia el objetivo económico dejando de lado el real sentido de dicha misión y la cual es el bienestar de la comunidad y el mejoramiento de la calidad de vida.</p> <p>Estamos centrándonos en la atención de enfermedades que cada día son de más alto costo, desde infecciones reemergentes tercermundistas hasta patologías cardiovasculares del primer mundo, las cuales podrían ser evitadas con la prevención primaria y la promoción de la salud.</p> <p>Es necesario no solo cambiar de rumbo sino de pensamiento ya que la mayoría de personas y empresas relacionan el mayor costo con mejor calidad sin tener en cuenta que el centro de todo el problema es la</p>

	<p>prevención.</p> <p>Se debe asumir la salud de la comunidad desde un enfoque global teniendo en cuenta los aspectos económicos, sociales, ambientales y legales sin monopolizar la situación, favoreciendo el logro de calidad de vida y por lo tanto de los objetivos del milenio.</p> <p>Con las metas obtenidas hasta el momento seremos capaces de llegar a la cima de los resultados? a expensas del corto tiempo restante para su cumplimiento? y con una crisis general que afecta de manera directa el sector salud.</p> <p>El modelo actual de salud puede sostener hasta cierto punto las necesidades del medio pero llegará el momento que cada persona deberá costear de su bolsillo su propia salud sin contar con la gran cantidad de personas desempleadas y no afiliadas a ningún régimen, además de todo lo mencionado en éste artículo se hace énfasis en la necesidad urgente de concientizar a las personas de que el responsable de la salud “SOMOS NOSOTROS MISMOS”, siendo la única manera de agilizar y mejorar la crisis.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>El no logro de metas de las cuales tanto se ha hablado en los objetivos del milenio hace referencia a la grave crisis que está afrontando nuestra salud, el sistema adoptado por el país nos muestra cada día más las características económicas predominantes, en donde la libre competencia crea carreras desleales por la obtención de ganancias, sin que esto sea corregido desde los entes reguladores haciendo más evidente los diferentes actores del medio y sus intereses encontrados facilitando el surgimiento de fuerzas negativas que sumergen al país en la crisis y lo envían a la insostenibilidad.</p> <p>Debemos tener en cuenta que la salud de las personas no debe estar en las manos de los jueces y de las áreas administrativas, debe estar definida por los mismos pacientes y por las personas que laboran en dicha área, las cuales podrían calificar y justificar de manera real las necesidades de las comunidades desde diversos enfoques, dando una visión holística, en la cual se podrían realizar intervenciones de manera más eficiente y satisfactoria para todos los involucrados.</p>

	<p>Nuestro sistema de salud colombiano ha sido creado con bases sólidas y con un financiamiento eficiente, así o ratifica el Banco Interamericano de Desarrollo que lo cataloga a la altura de los mejores, mostrando que los subsidios públicos son eficientes pero el mal uso de los recursos y el inadecuado enfoque de los objetivos nos han desviado del logro de metas y nos han aumentado la crisis actual.</p> <p>A pesar de hablar de puntos negativos, no debemos olvidar los logros obtenidos que aunque no cumplen el 100% de lo previsto, si demuestran la capacidad de mejoramiento del país reflejándose en el beneficio de la comunidad.</p>
--	--

ARTICULO 29

Título	Competencia en el sector salud entre juegos de" suma cero" y de" suma positiva".
Autor y Año	Octavio Martínez 2013
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.redalyc.org/pdf/1631/163126303011.pdf Revista: Acta Médica Colombiana 2013 38(1)
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Martínez, Octavio. Competencia en el sector salud entre juegos de" suma cero" y de" suma positiva". Acta Médica Colombiana, 2013, vol. 38, no 1, p. 40-44.
Objetivo del artículo	Este documento pretende concientizar al lector frente a la postura mercantilista de la práctica médica sustentada por argumentos que hacen ver la especialización de la atención como superior, frente a la prestación de servicios de salud a bajo costo.

Palabras Clave	Ventaja competitiva Sector salud Mercado de la Salud Intermediación financiera Promoción de la salud
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Actualmente nuestra economía gira en torno a negocios lucrativos que produzcan resultados y el sector salud no es ajeno a dicha estrategia.</p> <p>Se ha cambiado el principio básico de estado social de derecho por un mercado de atención en salud donde se ofrecen servicios muy especializados que generan resultados económicos positivos.</p> <p>Cada día vemos más desplazada la calidad en la prestación de los servicios en salud por las especializaciones técnico científicas donde se evalúa la calidad de hospitales según su recurso físico, imponiendo grandes centros hospitalarios de alta complejidad que se encargan en atender ciertos grupos poblacionales pero que se vuelven muy rentables en el mercado de la salud.</p> <p>Toda esta situación se encarga de cribar a los pacientes para ser atendidos por centros de vanguardia, generalmente de carácter privado, los cuales se ocupan de servicios lucrativos y rentables monetariamente.</p> <p>En el sector salud se cuenta con una posición privilegiada de una estrategia competitiva rentable donde la atención especializada de pacientes seleccionados en forma adecuada que promueven efectividad y disminuye costos, diferenciándose de los demás por la experiencia en la atención y un mayor ajuste.</p>
Muestra	El autor se basa en 19 fuentes bibliográficas que analizan el sector salud en Colombia y su carácter mercantilista.
Intervención y proceso medición	Se toman los conceptos primarios de Porter y Teisberg en competencia en salud comparándolos con la situación actual de Colombia desde el año 2004 hasta 2013.
Resultados	-Debido a las características mercantilistas del sector, se toma al profesional de la salud como vendedor y proveedor, sin tener en cuenta su papel como servidor público.

	<p>-Es necesario delimitar el terreno a abarcar para redefinir servicios.</p> <p>-La dimensión humana de los usuarios del sistema, se está dejando de lado al enfocarse exclusivamente en la modernización tecnológica y en la rentabilidad.</p> <p>-El sector se está enfocando hacia la creación de unidades de atención médica especializadas en ciertas patologías con recursos de última tecnología y personal experimentado, concentrando su trabajo en una línea de productos, lo cual es llamado economía de escala, pero que desconoce al paciente con sus particularidades y deja de lado la prevención en salud.</p> <p>-Los pacientes que tienen varias enfermedades crónicas pasan por diferentes centros y médicos especialistas que no se comunican entre sí y no pueden interactuar para llegar a un mejor obrar médico.</p> <p>-Se está calificando la calidad con la evaluación de la adherencia a guías basadas en la evidencia sin garantizar los mejores resultados para los pacientes.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Analizando los estándares que utiliza el sistema de salud para evaluar resultados y calidad, nos damos cuenta que hace falta la personalización de medidas que se adapten a cada paciente y a cada patología facilitando la escogencia de prestadores por parte de usuarios y proveedores; pero cuya labor se hace cada día más difícil ya que nos encontramos en un medio fragmentado donde la oferta está orientada hacia un mercado que genere ganancias.</p> <p>Los pacientes se están viendo sumergidos en un medio donde debe escogerse según planes de salud sumado a la competencia cada vez mayor de las instituciones prestadoras por lograr el monopolio del sistema a través de campañas e informes de indicadores que no siempre tiene buena estructura y cimentación.</p> <p>La calidad de la atención es muchas veces evaluada en términos económicos, si el pago de servicios es mayor a los costos marginales se considera productivo pero sin tener en cuenta el equilibrio y bienestar del consumidor</p>

	“paciente”.
Análisis Personal	<p>Colombia cuenta con un sistema de salud sólido con bases firmes pero que ha tenido tropiezos durante su implementación debido a la mala interpretación de sus objetivos.</p> <p>Al manejarse grandes sumas de dinero de origen público, se han presentado inadecuados usos por parte de entes privados.</p> <p>El sector salud ha sido “mercantilizado” en busca de producción económica sin tener como eje principal de funcionamiento el ser humano.</p> <p>Muchos centros hospitalarios de nuestro país se han dedicado a adquirir tecnologías de punta y se han especializado en enfermedades exclusivas con el fin de adquirir el monopolio del mercado, todo esto con el objeto de generar mayores ganancias a costo de servicios pero descuidando la atención primaria y el manejo que debe hacerse integral a los pacientes.</p> <p>Debido a esta fragmentación, los usuarios se han visto obligados a recorrer diferentes rumbos en búsqueda de la atención de sus patologías.</p> <p>No se debe olvidar el concepto básico de la promoción y prevención de la enfermedad ni el rol que ejercemos como actores del sistema, ya que nuestra labor diaria es con personas y no con objetos productivos.</p>

ARTICULO 30

Título	Los profesionales de la salud y la crisis del sistema de salud en Colombia: ¿indignación o acomodamiento?
Autor y Año	Cadena Afanador, Laura del Pilar; Aldana, Bernardo Useche 2011
Ubicación del artículo (base	revistas.unab.edu.co 14(2):83-85, ago. 2011 http://www.unab.edu.co

datos)	
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver	Cadena Afanador, Laura del Pilar; Aldana, Bernardo Useche. Los profesionales de la salud y la crisis del sistema de salud en Colombia: ¿indignación o acomodamiento? ; Health professionals and health system crisis in Colombia: outrage or accommodation. MedUNAB, 2011, vol. 14, no 2, p. 83-85.
Objetivo del artículo	Promover y concientizar a todos los profesionales de la salud sobre el papel fundamental que realizamos en el sistema actual generando reflexiones reactivas que nos comprometan a la participación constante del cambio pero con unas sólidas bases de conocimiento de dicho sistema, ya que nuestro rol es multifactorial y nos permite conocer las diferentes posiciones de los actores del sistema.
Palabras Clave	Colombia Sistema de Salud Salud Profesionales de la Salud Empresas Promotoras de Salud (EPS)
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Nuestro sistema de salud está dado por la implementación de la ley 100 de 1993 la cual dio los parámetros para su funcionamiento pero los cuales fueron usados por entes particulares para el logro de beneficios propios. Los profesionales de la salud somos los actores más involucrados en esta red ya que cumplimos varios roles como empleados, usuarios y prestadores de servicios por lo cual necesitamos conocer a fondo el funcionamiento de nuestro Sistema de Seguridad Social en Salud con el fin de cambiar la actitud pasiva frente a los hechos y participar de manera proactiva en el cambio. Dicho cambio de actitud implica conocer los aspectos positivos y negativos del entorno por lo cual se hará un análisis concreto con cifras reales de nuestro sistema de salud, dando a conocer las principales causantes que nos están llevando al fracaso con el modelo de salud actual

Muestra	Se trata de un artículo editorial donde toman como base diez revisiones de diferentes autores citados en el texto.
Intervención y proceso medición	Este artículo consiste en declaración de opiniones, creencias y políticas de una revista o el editor sobre asuntos de importancia médica o científica de interés de la comunidad médica o la sociedad expresando la opinión del editor.
Resultados	<p>-Se evidencia la necesidad urgente de la reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano el cual se ha tornado insostenible.</p> <p>-La crisis del sector salud es multifactorial dentro de las tantas causas identificables están las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Focos detectados de corrupción y malversación de dineros, evidenciado por las constantes sanciones a numerosas Empresas Promotoras de Salud. 2. Grandes deudas a hospitales públicos la mayoría por parte de las EPS sin ser intervenidas por los entes reguladores. 3. Obtención de ganancias por parte de las EPS de los dineros dados para la atención de pacientes. <p>-A pesar de haber obtenido casi el 100% de la cobertura de la población, nos damos cuenta de las grandes barreras al acceso del servicio principalmente de las comunidades más pobres.</p> <p>-Condiciones deficientes y salarios no acordes con las condiciones laborales del personal de salud, los cuales muchas veces les toca actuar en diferentes roles en el mismo sistema.</p> <p>-Un problema de fondo identificado es la aprobación por parte de nuestra Constitución del derecho a la seguridad social pero derrocando la salud como derecho fundamental.</p> <p>-Los profesionales de la salud hemos tomado una actitud pasiva frente a la crisis de nuestro propio sistema sin tener en cuenta que somos los más involucrados ya que no solo trabajamos en él sino que somos espectadores</p>

	<p>como posibles pacientes.</p> <p>-Con la creación de la ley 100 de 1993 se determinó que el Estado se convierta en un ente “modulador” expectante dejando sin bases una adecuado control interno.</p> <p>-Aumento de la inequidad del sistema con la creación de regímenes subsidiado y contributivo además de “vinculados”, con planes de beneficios distintos que a pesar que desde el 2008 se ordenó homologar solo lo logramos hace poco tiempo.</p> <p>-Las tasas de mortalidad materna e infantil aún se mantienen en rangos altos y la tasa de embarazos en adolescentes aumentó desmedidamente principalmente en los estratos socioeconómicos más bajos.</p> <p>-Afectación negativa de enfermedades transmisibles como tuberculosis, dengue, malaria luego de la descentralización del sistema de salud posterior a la ley 100.</p> <p>-Se ha encontrado limitación de la autonomía por parte de los profesionales con la creación de guías y protocolos basados en la generación de ganancias.</p> <p>-Afectación de la imagen por parte del paciente hacia el profesional por la intervención directa de las EPS.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Luego de analizar nuestro panorama en salud nos damos cuenta que uno de los principales factores que nos podrían llevar al fracaso es la desviación de recursos a través de la intermediación financiera.</p> <p>Muchos sectores del país consideran que las reales reformas del sistema de salud ya están hechas pero que la solución a parte de dichos problemas es la abolición de la mencionada intermediación a través de las Empresas Promotoras de Salud generando ahorro económico que podría suplir las necesidades en salud del país generando una verdadera cobertura universal además se podrían crear verdaderos planes de promoción y prevención nacionales que fortalezcan la atención primaria sin tener en cuenta los beneficios económicos que esto representa para la entidad intermediadora.</p>

	<p>Otra parte fundamental del cambio de actitud de los profesionales de la salud, es la posición neutra que estamos asumiendo frente a la crisis sin darnos cuenta que nos afecta no solo en la parte profesional sino también en la imagen ante nuestros pacientes, los cuales no comprenden los límites a los cuales nos vemos enfrentados al ser empleados de empresas promotoras siendo muchas veces sesgado nuestro concepto y manejo.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Los profesionales de la salud en su mayoría hemos asumido una posición facilista que nos permite acomodarnos al sistema de salud del cual formamos parte pero el cual nos está manejando en nuestro actuar diario.</p> <p>La mayoría de dichos profesionales laboramos para las empresas promotoras de salud cumpliendo con reglas y estándares establecidos por ellas para el logro de una buena productividad financiera llegando a extremos de limitarnos los recursos y medicamentos para los pacientes según el número formulado en el día sin tener en cuenta la verdadera necesidad de las personas.</p> <p>La autonomía profesional cada día está siendo más restringida a cambio de costo-efectividad sin dar prioridad a la experiencia clínica ni la comunicación antes vista.</p> <p>Somos estandarizados con formatos de tiempo de atención sobre número de pacientes los cuales proporcionan a las empresas el “mejor empleado” pero sin tener en cuenta la mejor calidad, la cual debería ser nuestro único objetivo, ya que nuestros llamados “clientes” son personas y no objetos para producción.</p> <p>“Otra forma de sesgo al personal de salud es la creación de guías y protocolos creados en base a la productividad de la industria de la salud y muchas veces sin darle importancia a la práctica clínica y experiencia, generando muchos conflictos de intereses, que aunque somos conscientes que existen, tratamos pasar por encima de ellos” (Cadena Afanador, Laura del Pilar; Aldana, Bernardo Useche 2011).</p> <p>No solo se trata de cambiar el punto de vista y fomentar la reflexión del profesional sino de concientizarnos de la</p>

	necesidad de conocer a fondo nuestro sistema de salud, que aunque hacemos parte de él, la gran mayoría no conoce sus cimientos y mucho menos su funcionamiento lo cual contribuye de manera directa a la crisis y al inadecuado manejo de la situación.
--	---

ARTICULO 31

Título	La educación para la salud, un reto actual
Autor y Año	Uribe, Carlo V. Caballero; Alonso, Luz M. 2010
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.redalyc.org/pdf/817/81715089001.pdf rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewFile/153/580
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Uribe, Carlo V. Caballero; Alonso, Luz M. La educación para la salud, un reto actual. Salud Uninorte, 2010, vol. 26, no 1, p. i-iii.
Objetivo del artículo	Concientizar a los lectores y principalmente a los profesionales de la salud de la necesidad de educación de las comunidades con el fin de generar y emprender acciones salubristas enfocadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad contribuyendo de manera directa al mejoramiento en la calidad de vida.
Palabras Clave	Atención integral Salud Educación para la salud Modelo médico
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-	El modelo de salud colombiano se ha concentrado en ofrecer servicios médicos a la población sin tener en cuenta la atención integral, la cual debería ser el único objetivo de dicho modelo.

<p>planteamiento problema)</p>	<p>Se ha identificado como factor contribuyente a la crisis de la salud, la deficiente educación de la población, pero no estamos hablando del nivel educativo sino de la capacidad de comprensión de las personas al realizar y aplicar en sus vidas, hábitos para la promoción de la salud lo cual contribuye de manera directa al mejoramiento de las condiciones de vida y del nivel de salud.</p> <p>Dicha educación comienza desde los entes educativos hasta los profesionales de la salud quienes no solo deben comprometerse a impartir asistencia profesional son también hábitos saludables.</p> <p>Y no solamente se puede ver afectado el nivel de salud de las personas al no tener una adecuada educación en salud sino también sus principios de autonomía y justicia en momentos decisivos para su vida como la elección de medicamentos o tratamientos experimentales principalmente en pacientes que padecen enfermedades crónicas.</p> <p>El actual modelo de salud no está enfocado en actividades salubristas que aumenten la capacidad de brindar información y formación a las personas sino al tratamiento, lo cual disminuye la capacidad de búsqueda de la equidad y prevención de la enfermedad.</p> <p>Hemos dejado en un segundo plano el área de Salud Pública sin darnos cuenta que se trata de una herramienta valiosa para nuestra búsqueda de la salud y el mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades.</p>
<p>Muestra</p>	<p>El autor tomó como referencia distintas fuentes bibliográficas siete en total como base para la realización de este artículo además aportando su experiencia personal.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Se tomaron fuentes de información comprendidas entre los años 2007 y 2010, con autores expertos en el tema de salud Colombiana.</p>
<p>Resultados</p>	<p>-Los pobres resultados obtenidos con los planes de promoción y prevención en salud empobrece y limita los determinantes de la salud.</p> <p>-Se encontró en aumento en la prevalencia de</p>

	<p>enfermedades crónicas asociadas a falta de atención integral y la deficiente educación de las comunidades como método para proyección de planes preventivos.</p> <p>-Falta de decisión y participación activa de las comunidades en la toma de decisiones que afecten su bienestar y salud las cuales se asocian directamente al grado de educación presente.</p> <p>-Los pacientes no entienden la información de interés en salud brindada a través de información escrita a momento de su atención en salud, además en la mayoría de casos no hay coherencia entre la escolaridad y la comprensión de dicha información lo cual afecta directamente la efectividad buscada con esto.</p> <p>-Se evidencia un modelo de salud biomédico donde el ciudadano no comprende ni participa activamente en la generación de conductas salubristas que mejoren su calidad de vida y contribuyan a elaborar acciones de prevención en salud.</p> <p>-El área de Salud Pública debe tomar mayor fuerza en las instituciones educativas sobretodo en el personal de la salud ya que tiene como objeto capacitar a las personas brindándoles elementos formativos que les permita fortalecer en las comunidades el área del conocimiento con el fin de facilitar la toma de conductas sanas que permitan mejorar calidad de vida y prevenir enfermedad.</p>
<p>Discusión</p>	<p>La mayoría del tiempo nos hemos dedicado a hablar de la necesidad de una reforma a fondo a la salud pero no hemos identificado deficiencias tan grandes como la falta de educación para la salud, debemos tratar de cambiar las relaciones que maneja el Estado con el ciudadano del común donde la base fundamental sea el respeto mutuo y la libre elección.</p> <p>Debemos fomentar el trabajo en equipo formando personal capacitado para el asesoramiento de la comunidad en la creación de hábitos saludables y estilos de vida sana, lo cual se traduce en la implementación de programas de promoción y prevención de la enfermedad adecuados que no solo se quede en el papel sino que se aplique en la cotidianidad de las personas, también es fundamental fortalecer espacios pedagógicos que formen</p>

	<p>bases y permitan retroalimentar con experiencias la educación en salud entre otras tantas estrategias. Lo anterior se convierte en un objetivo fundamental para los gobiernos no solo de Colombia sino de muchos países que padecen el mismo déficit, y que necesitan estructurar y reforzar los sistemas educativos de sus regiones a través de la participación ciudadana haciendo uso de herramientas didácticas que permitan comprender fácilmente a personas de cualquier nivel educativo pero sobretodo que tengan interés personal de mejorar su calidad de vida y por ende el de su comunidad asumiendo la responsabilidad de su propia vida.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>La crisis de la salud en Colombia es de características multifactoriales entre las cuales está la falta de educación para la población. No podemos dejar la responsabilidad de nuestro bienestar en manos de los entes gubernamentales, los responsables de nuestra salud “somos nosotros mismos”.</p> <p>La educación para la salud no es sinónimo de nivel educativo, aunque si existe mayor probabilidad de comprensión por parte de los estratos socioeconómicos más altos. Mucha de la información brindada a los pacientes durante su asistencia a las consultas con personal de la salud principalmente a través de folletos educativos y asesorías no es comprendida, motivo por el cual no estamos impactando su día a día ni mucho menos su calidad de vida.</p> <p>Es claro que la salud no se trata solo de manejar la enfermedad, el principal punto en el que debemos intervenir es la prevención y promoción inculcando hábitos de vida saludable, lo cual impactaría la calidad de vida y por ende los indicadores de salud del país.</p> <p>La Salud Pública ha sido un área sin prioridad en las escuelas de formación profesional pero con el pasar del tiempo nos damos cuenta que es parte fundamental en la mejoría de los estándares de salud; aunque muchas personas están en capacidad de brindar información y capacitación a las comunidades, no lo hacen porque no se encuentran implementados programas comunitarios que mejoren la educación para la salud y que trabajen con las comunidades para cambiar su pensamiento y forma de</p>

	<p>vivir.</p> <p>No debemos dejar la responsabilidad de nuestra salud en manos de ajenos, aunque el Gobierno debe brindar los recursos para una atención integral, “<i>cada persona es responsable de su propia salud</i>” y sobretodo de la prevención de la enfermedad, aplicando la célebre frase “es mejor prevenir que curar”, sin dejar de lado la influencia que estamos teniendo por parte de los medios masivos de información que nos saturan de hábitos mal sanos como el tabaquismo, alcohol etc siendo allí donde radica la importancia de la educación, ya que debemos tener personas capaces de elegir la “mejor opción de vida”.</p>
--	--

ARTICULO 32

Título	Nueva reforma en el sector salud en Colombia: portarse bien para la salud financiera del sistema
Autor y Año	Hernández, Mario; Torres Tovar, Mauricio. 2010
Ubicación del artículo (base datos)	www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/..515/991
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Hernández, Mario; Torres Tovar, Mauricio. Nueva reforma en el sector salud en Colombia: portarse bien para la salud financiera del sistema. Medicina Social, 2010, vol. 5, no 4, p. 241-245
Objetivo del artículo	Analizar puntos clave de la última reforma al Sistema De Salud Colombiano implementado por el gobierno nacional en el 2010 creando bases en los lectores que generen opinión y participación ciudadana en la toma de decisiones por parte de los entes dirigentes.

Palabras Clave	Sostenibilidad financiera Reforma en el sector salud Universalización del aseguramiento Costo-efectividad Auto-cuidado
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>El Sistema de Salud Colombiano fue catalogado por la Organización Mundial de la Salud como ejemplo de aseguramiento ante los países de América Latina donde se generan subsidios a los más pobres y se crea un mercado regulado, pero contradictoriamente durante su aplicación se han generado grandes inequidades, descuido en la atención primaria y pocos resultados en salud, favoreciendo a determinados actores del sistema pero colocándose en contra del derecho a la salud de las personas.</p> <p>Nuestro sistema de seguridad social en salud ha sufrido varias reformas, entre las cuales se encuentra la ley 1438 de 2011 con la cual se pretendía dar solución a muchos de las deficiencias encontrados durante la implementación aportando recursos económicos, los cuales serían adecuadamente utilizados y vigilados para evitar el uso inadecuado o malversación de fondos, lo cual no pudo ser posible ya que no se obtuvo los resultados esperados.</p> <p>Gobierno tras gobierno se ha llegado a la conclusión que la crisis financiera del sector salud está cobrando víctimas por lo cual se ha tratado de iniciar reformas que cambie su estructura y por ende la conviertan en sostenible.</p> <p>Los últimos mandatos, como lo es el de Juan Manuel Santos, está labrando una nueva reforma con el objeto de intervenir el Sistema y lo saque a flote de la mencionada crisis pero dichos cambios han tenido una evolución lenta debido a obstáculos en su aprobación; la última reforma aprobada se trata de la ley 1438 de 2011.</p>
Muestra	Artículo de tipo editorial donde se plasma la opinión del autor, basándose en el análisis de 8 referentes bibliográficos y de los últimos proyectos de ley colombianos que reforman el sistema de salud.
Intervención y	Se toman referentes desde el año 2000 hasta el 2011

proceso medición	además reportes generados por la Organización Mundial de la Salud acerca del estado general de la población mundial.
Resultados	<p>-La nueva reforma del sector salud tiene unos principios fundamentales como lo son la sostenibilidad fiscal, planes de beneficios costo efectivos que nos permitan lograr sostenibilidad financiera entre otros.</p> <p>-Los nuevos cambios no permiten realizar cambios estructurales con continuación de dos regímenes según capacidad de pago y con un modelo de competencia regulada.</p> <p>-Se continúan separando los presupuestos para los dos regímenes con subsidios para los menos favorecidos-</p> <p>-Se aumentaron los impuestos a productos como el cigarrillo, alcohol, cerveza y juegos de azar con el fin de solventar el sector.</p> <p>-Continúa la competencia entre las Empresas Promotoras de Salud ofreciendo precios cada vez más bajos a las Instituciones Prestadoras de Servicios.</p> <p>-La universalización del aseguramiento no garantiza un adecuado acceso de la población a los servicios de salud, solo significa afiliación o carnetización.</p> <p>-Los planes de beneficios se actualizarán cada dos años y se obligará el pago de su atención a las personas a las cuales se les demuestre capacidad de pago o solvencia.</p> <p>-Si el paciente requiere algo que no está en el plan de beneficios debe recurrir al Comité Técnico Científico para su aprobación, de los cuales los participantes hacen parte de la misma EPS.</p>
Discusión	<p>Aunque los dineros destinados a salud representan grandes montos, los costos del mercado han sido bastante complicados de regular por lo cual continúan siendo insuficientes para el mantenimiento de la red y la adecuada atención de la población.</p> <p>Esta ley aunque se muestra como rigurosa en el control</p>

	<p>de recursos, generando sanciones y multas para infractores, hace énfasis en el autocuidado de las personas y el derecho a su atención, sin conocer la realidad del asunto en el cual se evidencia grandes diferencias entre los actores del sistema colocándonos en niveles muy desiguales en el momento de requerir atención.</p> <p>También se habla del fortalecimiento de los planes de promoción de la salud y la promulgación de hábitos de vida saludable los cuales contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida , pero en la práctica las entidades encargadas de estas actividades están más preocupadas por la producción de ganancias y ser costo-efectivos que la propia salud de la comunidad, asociado a los deficientes sistemas de información que permitan identificar e integrar las falencias según la necesidad de cada sector específico.</p> <p>Todo lo anterior indica que muchos de los agentes del sistema, están involucrados en la generación de recursos más que la atención adecuada de la población, lo cual empobrece el panorama y nos aleja de la anhelada atención integral en salud.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>El Sistema de Seguridad Social en Salud de nuestro país sufrió un vuelco total con la implementación de la ley 100 de 1993, la cual según su planteamiento sería impecable y beneficiosa para toda la comunidad y con la cual llegaríamos a la llamada equidad; pero lo que realmente sucedió al transcurrir el tiempo fueron una serie de errores entrelazados que nos han llevado a la crisis y que tienen como causa principal el manejo de grandes sumas de dinero sin la adecuada veeduría y los cuales se desvían de su destino final a causa de la intermediación.</p> <p>Durante los diferentes gobiernos se han implementado leyes que han tratado de modificar en su parte estructural este sistema pero que realmente solo han empobrecido el panorama.</p> <p>Continuamos con grandes brechas sociales que no permiten la igualación de beneficios, sin dejar de mencionar que nuestra Constitución no contempla la salud como un derecho fundamental, viéndose obligados a cambiar este término con una sentencia posterior, pero lo cual solo ha quedado plasmado en el papel viéndose reflejado en nuestro día a día donde las injusticias, falta</p>

	<p>de atención, cierre de centros hospitalarios, falta de recursos, grandes deudas a las IPS entre otros, siguen en alarmante aumento.</p> <p>Se generan muchas dudas en cuanto a la salud se refiere: cuál será la causa de dicha crisis? si contamos con un modelo de aseguramiento ejemplo para países de América según la Organización Mundial de la Salud sumado a grandes montos de dinero destinados para este objetivo, aún continúa viéndose una desigualdad marcada entre los actores del sistema y falta de acceso para la atención en salud, sin mencionar la insostenibilidad financiera a la que estamos llegando.</p> <p>Según las políticas interpuestas por el propio Gobierno se le exige a la población “portarse bien” para contribuir a la sostenibilidad de la salud sin tener en cuenta que desde los propios altos dirigentes del país se están viendo las malas actuaciones que llevan al despilfarro del recurso y posteriormente a la crisis general.</p>
--	--

ARTICULO 33

Título	Entre los negocios y los derechos
Autor y Año	Franco, Saúl. 2013
Ubicación del artículo (base datos)	http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200008&lng=es
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Franco, Saúl. Entre los negocios y los derechos. Revista Cubana de Salud Pública, 2013, vol. 39, no 2, p. 268-284.
Objetivo del artículo	Reflexionar acerca de los valores que sustentan el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia a partir de los sucesos más significativos ocurridos en los

	<p>últimos 20 años luego de la creación de la ley 100 conociendo el papel del Estado frente a ellos, las confrontaciones y las consecuencias desencadenadas.</p>
<p>Palabras Clave</p>	<p>Negocios Salud Economía Etica Política Colombia</p>
<p>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</p>	<p>El Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia está fundamentado en diferentes hechos pero los más significativos en los últimos 20 años han sido: enriquecimiento de las Empresas Promotoras de Salud sin priorización del bienestar de la comunidad; alianzas entre empresas que brindan servicios de salud y las que administran los dineros generando ganancias extras; cierre de camas especialmente porque no resultan costo-efectivas; poca regulación del precio de medicamentos por parte del Estado y por último la falta de atención a cientos de personas que en algunos casos han llegado hasta la muerte.</p> <p>Lo anterior sustenta el hecho de la necesidad de un cambio prioritario en el sistema de salud pero sobretodo un cambio de actitud del Estado frente a los problemas actuales.</p> <p>Antes de la reforma de 1993, la salud del país estaba designada a cierta parte de la población principalmente los que tenían capacidad de pago, viviendo un gran porcentaje de la comunidad sin afiliación ni posibilidad de acceso a la atención generando muy bajas coberturas en los servicios de salud y deficientes administraciones del sector público.</p> <p>Todas estas causas llevaron a la necesidad de reformar el sistema de salud colombiano logrando cambios estructurales significativos.</p> <p>Pero con lo cual no se contaba era el aprovechamiento personal que lograrían ciertos actores que vieron en el manejo de la enfermedad una fuente fresca de ganancias sin importar el bien común y la calidad de vida de las personas.</p>

	<p>Esto no indica que los modelos de aseguramiento anteriores no tuvieran defectos, ni mucho menos que debemos volver a adoptarlos, solamente muestra que existían otras alternativas para el logro de la atención integral en salud de los colombianos.</p>
Muestra	<p>Se tomaron 32 referencias bibliográficas con artículos comprendidos entre el año de 1984 y el 2013 además se hizo un análisis del reporte de mortalidad por homicidios en Medellín entre los años 1980 y 2007.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Debate realizado sobre a realidad de nuestro sector salud basados en 32 referencias bibliográficas.</p>
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> -Se ha ubicado a 5 Entidades Promotoras de Salud como las empresas más productivas y grandes del país entre 100 empresas en total. -La enfermedad ha sido asumida como un negocio en donde la prioridad son los rendimientos financieros. -Algunas de las EPS existentes en nuestro país han generado incrementos de sus recursos hasta en un 176% con millonarias inversiones en hoteles de lujo, centros recreativos y en cuentas en el exterior. -Se encontraron alianzas entre las Entidades Prestadoras de Servicios y las empresas que se encargan de manejar los recursos; dicha manipulación permitía la obtención de ganancias con fines personales a costa de la calidad del servicio y el derecho a la salud de la población. -La Superintendencia de Industria y Comercio aplicó 14 millonarias sanciones a dichas EPS al ser parte de tan macabra alianza. -Se ha ido aumentando cada día más la brecha de inequidad en el país, principalmente con la población infantil en donde el número de camas de alta complejidad para estos pacientes es cada vez menor. -Falta de la regulación del precio de medicamentos en donde el libre mercado ha generado una estrategia para

	<p>la inflación desmesurada de precios.</p> <p>-Los servicios de atención en salud de la enfermedad se han convertido en productos de libre compra y venta, sin atender a su valor fundamental como lo es el ser humano.</p> <p>-La Constitución Colombiana se antepuso a cualquier derecho fundamental con la introducción de una nueva ley llamada sostenibilidad fiscal en donde se limitan proyectos, inversión ciudadana o quejas de las comunidades al tope de presupuesto destinado por el gobierno para este efecto.</p> <p>-A pesar de hablar de cobertura universal las cifras difieren de la realidad, las personas se encuentran carnetizadas pero con grandes barreras para el acceso a la atención en salud, mientras que el régimen previo a la ley 100 de 1993, la cobertura de servicios llegaba a un número mayor de población a través de la red pública.</p> <p>-El Sistema de Salud Colombiano demuestra grandes avances en aseguramiento y solidaridad pero genera grandes brechas en la equidad.</p> <p>-Las Empresas Promotoras de Salud han asumido las reglas del juego, obteniendo ganancias de dineros públicos, decidiendo las reglas de atención y la exclusión de este.</p>
<p>Discusión</p>	<p>La salud debe considerarse como un derecho fundamental de todas las personas y no como un servicio, en nuestro país la misma Constitución nos negó el derecho a la salud pero lo cual tuvo que ser reevaluado años más tarde a través de nuevos decretos.</p> <p>Muchas veces y en diferentes escenarios nos olvidamos de esta situación colocando como prioridad las ganancias económicas sobre el bienestar de las personas. Aunque una de las principales causas de este hecho es el manejo de grandes sumas de dinero por parte de particulares, debemos identificar estos sucesos para poder intervenirlos.</p> <p>Otra afirmación importante es el papel que debe asumir el Estado frente al sistema de salud, en donde debe actuar como garante del derecho y no como un actor más del sistema.</p> <p>Muchas sociedades llevan al Estado o más bien lo</p>

	<p>reducen simplemente a un espectador pasivo, el cual no interviene en el enriquecimiento de personas y empresas a costa de los dineros públicos destinados a la salud, pero el problema no radica solamente allí, el problema está en las personas que están en el poder y sucumben ante ofertas millonarias que generan ganancias personales.</p> <p>Nuestro sistema de salud tiene bases sólidas pero continúa con grandes falencias debido a la falta de regulación de los recursos, entonces continuaremos con nuestra gran incógnita, será que no disponemos de un modelo de salud adecuado o ente regulador adecuado?</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Colombia se ha convertido en un territorio rentable económicamente principalmente para las personas involucradas en el “negocio de la salud” o más bien la enfermedad, porque a medida que avanza el tiempo los actores del sistema juegan con el riesgo de enfermar de las personas convirtiéndolo en un modelo económico más que social donde los monopolios de medicamentos, insumos, hospitalizaciones etc, logran dar muy buenas ganancias, además se están pagando por adelantado.</p> <p>Pero realmente los directos responsables de la atención brindada en salud, como lo son las Instituciones Prestadoras de Servicios están llegando al cierre a causa de las millonarias deudas que contraen las Empresas Prestadoras de Servicios.</p> <p>Nuestro país tiene recursos suficientes para sacar a flote el sistema de salud y sobre todo para brindar atención integral a la población pero en el manejo de los dineros a través de intermediaciones se desvían grandes montos sin importar el origen público y el objetivo de dichas sumas como lo es el bienestar de las comunidades.</p> <p>La verdadera salud de una persona se logra cuando tiene un bienestar integral, dicho estado se logra a través de promocionar hábitos saludables que puedan prevenir gran parte de la morbilidad de todo un pueblo, pero nuestro sistema ha dejado la atención primaria relegada al último lugar, las causas podrían ser muchas pero observando la realidad actual sabemos que la verdadera producción financiera está en el manejo de la enfermedad y no en su prevención.</p> <p>Tenemos muy bien planteados programas especiales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo</p>

	que falta es responsabilidad por parte del Estado para vigilar su correcto cumplimiento, el cual en la mayoría de los casos se hace con mínimos objetivos ya que el único interés por parte de las EPS es lograr unas metas impuestas por el Gobierno pero las cuales no son suficientes para el número poblacional actual y para impactar estadísticas.
--	--

ARTICULO 34

Título	Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007–2009
Autor y Año	Gloria Molina y Andrés Ramírez, 2013.
Ubicación del artículo (base datos)	Scielo
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver	Molina, Gloria, and Andrés Ramírez. "Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007–2009." <i>Rev Panam Salud Pública</i> 33.4 (2013): 287.
Objetivo del artículo	Presentar los aspectos morales en conflicto en los procesos de toma de decisiones clínico administrativas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia.
Palabras Clave	Sistemas de salud Moral Etica Privatización Colombia.
Conceptos	La moral tiene un sustento social y se construye en los

<p>manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</p>	<p>procesos de interacción y socialización, en los cuales el individuo internaliza un conjunto de valores, prácticas y roles que moldean la construcción de su identidad social e individual.</p> <p>Pero en las sociedades existen diferentes referentes axiológicos, que conforman diversas morales y que generan transformación social.</p> <p>Las corrientes utilitaristas propugnan que la distribución genere la máxima satisfacción al mayor número de personas al menor costo posible.</p> <p>En las reformas de salud, el costo-beneficio y la identificación de prioridades según las pérdidas y las ganancias se convirtieron en la mejor expresión de esta posición.</p> <p>En el SGSSS (Sistema de Seguridad Social en Salud) Colombiano, se ha promovido un nivel de utilitarismo que le ha impedido alcanzar sus metas de equidad, accesibilidad y calidad. Aunque se ha logrado asegurar un mayor porcentaje de la población (87,2% en 2010) y la participación privada ha aumentado, no se ha logrado un mayor acceso efectivo a los servicios de salud debido a múltiples barreras administrativas, geográficas y económicas generadas, principalmente, por las EPS.</p>
<p>Muestra</p>	<p>La investigación se llevó a cabo entre 2007 y 2009 en seis ciudades colombianas (Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Leticia, Medellín y Pasto).</p> <p>Se realizaron 179 entrevistas en profundidad a médicos, personal de enfermería y administradores con amplia experiencia en el sector de la salud, y 10 grupos focales con usuarios y líderes de organizaciones comunitarias vinculadas a la salud</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Según una metodología cualitativa basada en la teoría fundamentada. Las entrevistas, con preguntas semiestructuradas y según una guía elaborada previamente, recababan información personal y profesional.</p> <p>Se entrevistaron profesionales de la salud (médicos, personal de enfermería y administradores) seleccionados por tener al menos 10 años de experiencia, sus conocimientos del sistema de salud y su vinculación a la atención de pacientes y labores administrativas o de dirección en instituciones aseguradoras o prestadoras de</p>

	servicios de salud, ya sean públicas o privadas.
Resultados	<p>A pesar de las diferencias socioeconómicas, políticas e institucionales existentes entre las ciudades abarcadas por el estudio, los procesos de toma de decisiones en la atención en salud no difirieron entre sí.</p> <p>En el proceso de toma de decisiones en la atención en salud en Colombia se identificaron elementos de dos morales enfrentadas: la rentista, caracterizada por la axiología neoliberal de la economía de mercado (práctica) y otra fundamentada en la axiología constitucional (normativa) del Estado social de derecho. Predomina el enfoque utilitarista e individualista y se promueve el lucro individual y empresarial por encima del interés colectivo; esto favorece prácticas que contravienen los derechos de las personas y la comunidad.</p>
Discusión	<p>Los resultados muestran que en el sistema de salud colombiano existe una confrontación entre la moral auspiciada por el mercado y la moral que dicta la constitución, lo que genera conflictos de valores en la toma de decisiones.</p> <p>El predominio de la moral que responde al modelo de mercado en el SGSSS colombiano genera condiciones adversas a los principios y valores que deben orientar el sistema de salud como garante del derecho a la salud y la dignidad humana. Para la toma de decisiones en salud es necesario tener en cuenta, además de los elementos técnicos y científicos, los principios y valores que están enfrentados y reflexionar sobre ellos para su legitimación.</p> <p>En el SGSSS colombiano no se asumen la dignidad humana y la salud como derechos inherentes al ser humano, sino como bienes de mercado.</p> <p>Si bien la eficiencia es fundamental en cualquier proyecto donde se involucren recursos públicos, en la salud, como derecho fundamental, esta debe interpretarse en términos sociales y humanos, no meramente financieros.</p> <p>En este trabajo se observó que la autonomía del profesional de la salud se ve limitada por la relación laboral autoritaria que restringe su capacidad de decisión. Sin embargo, una sólida educación moral y ética y una adecuada formación técnico-científica del profesional deben garantizarle la capacidad necesaria para identificar</p>

	<p>las presiones de una moral empresarial rentista y proteger su autonomía y los derechos de los pacientes. Las reformas sanitarias que promueven la privatización, la economía de mercado y la reducción del Estado, como estrategias para mejorar el acceso, la calidad, la eficiencia, la efectividad, la equidad y la cobertura en el sector de la salud. Contrariamente, este modelo de mercado competitivo ha promovido el desarrollo de servicios curativos y ha desestimulado las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, porque no son rentables a corto plazo.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Si bien, como dice el artículo, el tema de salud incluye el manejo de dineros públicos, estos no deben ser vistos de igual manera que otras instancias gubernamentales, ya que aquí el bien que se protege es el bienestar y la vida del ciudadano.</p> <p>Los resultados de este trabajo, a pesar de no ser cuantificados, son muy descriptivos, teniendo en cuenta la realidad y punto de vista de los diferentes actores del sistema, encontrando en términos generales las mismas conclusiones.</p> <p>El SGSSS en Colombia tiene unas bases netamente económicas, en las que las reglas iniciales sentaron las bases para lograr unas empresas rentables para los intereses de pocos individuos dueños de estas empresas. Esto va en contra de lo que significa garantizar servicios de salud de alta calidad a cada uno de los ciudadanos de un país. Para lograr esto se necesitarían sistemas que permitieran que su rentabilidad se utilizara en retroalimentar al mismo sistema actualizando al personal humano, tecnologías y guías para cada día brindar mejor atención y que ampliara cobertura a los pacientes.</p> <p>Con este artículo y otros estudios se demuestra que el sistema actual no es aplicable para este país, en el cual se presenta gran desigualdad social y de ingresos y donde el mismo sistema permite utilizar políticas excluyentes donde algunos ciudadanos tienen acceso a determinadas instituciones y otros no.</p> <p>De todas maneras no se puede dejar de anotar que con el SGSSS se logró ampliar la cobertura, al lograr que gran cantidad de la población tenga acceso a alguna atención en salud, lo cual no era posible antes de la Ley 100.</p> <p>Esto fue un gran logro, pero se dejó en el olvido que</p>

	<p>había que hacer ajustes adecuados en la financiación del sistema para lograr los objetivos plasmados en la ley inicial.</p> <p>Esto ayudado además, por la corrupción, que fue y seguirá siendo el mayor problema de las instituciones Colombianas.</p>
--	--

ARTICULO 35

Título	Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas
Autor y Año	Ana Sojo. División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe en Santiago de Chile. 2011
Ubicación del artículo (base datos)	Scielo
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver	Sojo, Ana. "Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas." Rev CS Col 16.6 (2011): 2673-2685.
Objetivo del artículo	Analizar aspectos macroeconómicos del comportamiento reciente del gasto en salud en la región. Exponiendo tres experiencias emblemáticas, de sistemas de salud muy diversos: Chile, Colombia y México.
Palabras Clave	Equidad en salud Judicialización Derecho a la Salud Protección social América Latina

Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Los grados de equidad van a estar determinados originalmente por los modelos de aseguramiento y de financiamiento de la salud. La igualdad de acceso a los servicios para quienes posean iguales necesidades, independientemente de sus ingresos y de su capacidad de pago, está íntimamente relacionada con la vigencia de los principios de solidaridad, universalidad y equidad.</p> <p>Para actuar sobre los determinantes y propiciar sinergias entre diversas políticas, es crucial incorporar estrategias intersectoriales en un entorno macroeconómico estable y propicio al crecimiento y a una mejor distribución de los frutos del desarrollo.</p> <p>En aras de la equidad es necesario trabajar simultáneamente en las áreas de gestión, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios</p>
Muestra	<p>Marco teórico de los sistemas de salud de Colombia, Chile y México.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Recolección de datos de los sistemas de salud en América Latina, se realizó representación del gasto público, así como análisis de la información.</p>
Resultados	<p>En Colombia, la Constitución de 1991 y la Ley 100 de 1993 buscaron lograr la cobertura universal unificando el régimen de beneficios y obligaciones en un marco de descentralización del gasto, antes concentrado en el gobierno, que implantó una competencia regulada entre aseguradores y prestadores en un sistema de seguridad social integral y solidario, se crearon las EPS (entidades promotoras de salud) buscando la integralidad del servicio. Actualmente el régimen contributivo cubre a un 38% de la población. Pero solo cotiza el 14%, el subsidiado cubre a 50% de la población más pobre y en zonas rurales y los no afiliados, que se atienden en hospitales. Los que realizan gastos de bolsillo diferenciales son menos del 12% de la población.</p> <p>Se han presentado dificultades en cuanto a interpretación del alcance del plan de beneficios y quien debe cubrir el servicio dentro de los distintos actores del sistema, y se han generado un número creciente de tutelas interpuestas para acceder a los servicios de la llamada “zona gris” negados por las EPS. Por lo anterior, se ha creado un POS “judicial” o “paralelo”, y se ha puesto en jaque la</p>

sustentabilidad financiera del sistema.

Antes de 1992, la salud se consideraba un derecho programático; entre 1993 y 1994 se establece por conexidad el derecho a la salud fundamental; 1994-2003, se expande la noción de conexidad, con lo cual se genera un activismo de la tutela individual; desde 2003 se avanza hacia la consideración como derecho fundamental y aunque no se afirma que todo sea posible de reclamar, se incrementan las demandas por servicios no POS. Entre 2003 y 2005, las tutelas crecieron un 68%. A fines de 2009, cerca del 60% de ellas corresponden a salud y pensiones y de ese conjunto, 75% a salud. Las tutelas son recobradas al FOSYGA.

La magnitud de las tensiones de financiamiento llevó en enero del 2010 a que el Gobierno expidiera 12 decretos dentro del marco de la Emergencia Social para encarar a corto plazo el desfinanciamiento del sistema.

Actualmente el sistema se enfrenta a varias debilidades, por un lado, un aumento extraordinario de solicitudes de medicamentos y servicios no contemplados en el POS que pondría en inminente riesgo de agotarse la cuenta de compensación del régimen contributivo: dado que esa cuenta es la columna vertebral de sistema, de entrar en problemas de insuficiencia. Por otro lado, un creciente déficit de los Departamentos que carecen de recursos financieros para responder por gastos no POS del régimen subsidiado, ya que las transferencias del Sistema general de participaciones (SGP) destinadas al pago de los servicios a cargo de los departamentos han venido cayendo, mientras que sus responsabilidades han ido en aumento. Además un aumento de la cartera de las EPS y las IPS que ponen en riesgo su liquidez por corrupción, por un monto inexplicable de recobros por medicamentos, por un lento flujo de recursos e insuficiencia en la vigilancia.

Se aduce que permitir que los gastos continúen aumentando más allá de las capacidades de financiación pondría en peligro la atención básica de la población asegurada.

En el caso de Chile, en los años 80's, se dio un cambio radical en su sistema de salud, la cotización obligatoria, a cargo exclusivo del trabajador, le permite afiliarse al sistema público de salud mediante el Fondo Nacional de Salud (FONASA) cuya racionalidad de reparto favorece la solidaridad, o a las instituciones de salud previsual (ISAPRES) que, a pesar del carácter compulsivo del aseguramiento, funcionan bajo una lógica de seguro

	<p>privado asociada al riesgo individual. El Fonasa además de las contribuciones de sus afiliados se nutre también de otros aportes con cargo al presupuesto público.</p> <p>Las cotizaciones obligatorias que se canalizan a las ISAPRES se plasman en planes individuales que, al renovarse cada año permiten una selección de riesgo, al ajustarse los precios y la cobertura a la edad, riesgo en salud y sexo del asegurado. Las ISAPRES cubren a cerca del 30% de la población y la elevación de sus precios ha superado con creces la de otros sectores de la economía. El sector público, desprovisto de barreras de entrada, cubre a la población de menores ingresos y a la de mayores riesgos y cumple una función de reaseguro global del sistema. En el 2005 se hacen ajustes para garantizar aumento de la cobertura efectiva principalmente en el sistema público. Vista en el concierto latinoamericano, es esta una de las experiencias más avanzadas, ya que las garantías tienen una especificación mucho mayor sobre los alcances, obligaciones, sujetos deudores de estos derechos y los instrumentos de garantía o de protección. Hasta ahora no se advierte en Chile una judicialización del derecho a la salud, ya que la canalización de los reclamos está contenida dentro de cauces administrativos.</p> <p>Las mayores dificultades que presentan son caídas en la rentabilidad de las empresas privadas por migración de usuarios hacia el sistema público, además déficit de instituciones, especialistas, largas listas de espera, todos estos pendientes de nuevos estudios y reformas por parte del gobierno.</p> <p>En el año 2003 nace en México el Seguro Popular de Salud (SPS) con el cual se amplía cobertura del aseguramiento con garantías en el financiamiento. De carácter voluntario y sin barreras de acceso, tiene como objetivo la población denominada abierta, es decir, la que no cuenta con ningún tipo de seguridad social. Las aportaciones de las familias son progresivas respecto del ingreso.</p> <p>Se ha señalado un aspecto de la reforma que evidencia incentivos contradictorios respecto de la combinación público-privada, debido a que muchos médicos del sector público tienen también consultas privadas; lo cual podría llevar a presentar dificultades morales en cuanto a la prestación del servicio.</p>
Discusión	Al ser escasos los recursos, cabe jerarquizar su

	<p>satisfacción, pero deben incrementarse gradualmente los mínimos garantizables de manera universal, en sintonía con la progresividad de los DESC (derechos sociales, económicos y culturales).</p> <p>En el caso Colombiano, a lo largo del tiempo, el sistema ha experimentado varias tensiones, entre ellas: el financiamiento recae en un tercio de la población que paga sus contribuciones y que también paga impuestos generales; la intermitencia laboral crea un tránsito en doble vía del régimen contributivo al subsidiado; y las acciones de tutela generan expectativas de un plan de salud ilimitado.</p> <p>En el nuevo plan de reforma que se discute en el congreso se debe aclarar, actualizar y unificar el plan de beneficios.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>En el artículo se hace una descripción a grandes rasgos de los sistemas de salud de 3 importantes países latinoamericanos que comparten cosas en común con resultados diferentes, se muestran las fortalezas y debilidades de los mismos.</p> <p>Comparten el hecho de tener carácter mixto, público y privado, lo que genera una estratificación de los servicios de acuerdo a capacidad de pago, y comparten también, una lista de servicios contemplados en un plan básico, y que en principio, debe tener acceso toda la población.</p> <p>Se describen diferencias en la gestión del sistema durante el tiempo lo que lleva a grandes diferencias en los resultados, siendo la más exitosa Chile, lo cual se debe en mayor medida a un mejor sistema de control y actualización de las listas de servicios de acuerdo a la epidemiología y tecnología que surjan dentro del panorama de salud.</p> <p>En Colombia la falta de un sistema de vigilancia y de transparencia en la competencia, además de un POS desactualizado y falta de claridad en cuanto a las funciones reales de los diversos actores del sistema llevan a que el usuario se sienta en un círculo vicioso en el cual no sabe realmente quien está encargado de brindarle la atención, lo cual ha llevado a lo que se denomina en el artículo, la judicialización de la salud, dado por el aumento tangencial de las tutelas, las cuales van a debilitar el fondo gubernamental que debería ser destinado a cubrir novedades en salud pública, prevención y promoción, siendo estos los grandes olvidados y siendo los primordiales para garantizar una salud equitativa y eficaz ajustada a las necesidades de la población y de los otros</p>

	<p>componentes económicos de la nación.</p> <p>Tanto Chile como Colombia cuentan con buenos sistemas de salud, pero nuestro país ha sido débil en la auditoría de servicios y la dinamización de sus necesidades específicas. Sería muy arriesgado decir cual sistema es mejor porque la mayoría de falencias se dieron durante la implementación y no durante su creación, siendo claro que necesitamos crear métodos de control y vigilancia estrictos.</p>
--	---

ARTICULO 36

Título	Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud.
Autor y Año	Sandra Martínez, M en C,(1) Gabriel Carrasquilla, MD, DrPH,(1) Ramiro Guerrero, M en C,(2),Héctor Gómez-Dantés, MD, M en C,(3,4) Victoria Castro, Lic en Soc,(4) Héctor Arreola-Ornelas, M en C,(4) Paula Bedregal, PhD,(5) Red de Investigación sobre Cobertura Efectiva de las Intervenciones de Salud del Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe. 2011.
Ubicación del artículo (base datos)	Scielo
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver	Martínez, Sandra, et al. "Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud." Salud Publica Mex 53.s2 (2011).
Objetivo del artículo	Medir la cobertura efectiva para once intervenciones de salud en nueve países de América Latina utilizando las encuestas de demografía y salud o registros administrativos que abarcan la salud infantil, de la mujer y el adulto. Generar información para la medición de la cobertura y la efectividad de las intervenciones en salud

	para la toma de decisiones.
Palabras Clave	Cobertura efectiva Sistemas de salud América Latina
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La cobertura efectiva, es un objetivo intermedio planteado por la Organización Mundial de la Salud, dentro del marco conceptual para evaluar el desempeño de los sistemas de salud.</p> <p>La cobertura efectiva sintetiza e integra la información sobre el acceso de la población a los servicios de salud requeridos, con la medición de la calidad de los mismos.</p> <p>La cobertura efectiva es una métrica que permite conocer “la fracción de ganancia potencial en salud que un sistema de salud puede aportar a través de una intervención disponible”</p> <p>Es un indicador que se relaciona con tres conceptos discutidos en la literatura: 1) la cobertura de las acciones en salud, 2) la utilización de atención y 3) el acceso a los servicios.</p>
Muestra	Información encontrada en las encuestas de demografía y salud y en Sistemas de Información Administrativa de cada país (Bolivia, Colombia, Costa Rica, Chile, Guatemala, México, Perú, República Dominicana, Haití y Honduras).
Intervención y proceso medición	Once intervenciones de salud fueron clasificadas en tres grandes grupos, a) salud infantil (esquemas de vacunación, lactancia y control del niño sano), b) salud de la mujer (control prenatal, atención del parto, detección de cáncer de mama y cervicouterino) y c) salud del adulto (diabetes mellitus, hipertensión arterial e Hipercolesterolemia).
Resultados	<p>Chile fue el país que reportó los niveles más altos de cobertura, mientras que Haití se ubicó en los niveles más bajos.</p> <p>Los indicadores de control para el niño sano no se reportaron para todos los países, y sus Niveles para quienes dispusieron de datos fueron de 28 a</p>

	<p>95% (cobertura cruda).</p> <p>Los resultados sobre cobertura cruda en las intervenciones de salud en la mujer muestran niveles muy altos en República Dominicana y los más bajos para Haití.</p> <p>Se puede observar que los indicadores de control de embarazo, parto y puerperio fluctúan entre 50 y 95%, con excepción de Haití.</p> <p>Para cáncer de mama las coberturas se encontraron entre 16 y 80%, y en la detección de cáncer cervicouterino, a través de la realización de citología, entre 12 y 76%. En países como Haití y Perú no se contó con la información para estimar el indicador.</p> <p>En relación con las intervenciones en el adulto, gran parte de los países no contaron con datos de registros administrativos o de encuestas sobre enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes e hipercolesterolemia); sólo en algunos de los casos Chile, Colombia, Costa Rica y México reportaron información.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Los indicadores mediante los cuales se aplica el concepto de cobertura efectiva se caracterizan por su sensibilidad para mostrar a quiénes deberán dirigirse la detección, atención y tratamiento de los problemas de salud y a dónde deben dirigirse los recursos y esfuerzos adicionales. Además sirven para orientar las decisiones de política pública en salud.</p> <p>El indicador tradicional de cobertura cruda tiene en cuenta la población con una necesidad y la utilización de la intervención, sin el componente de calidad (ganancia en salud). Si bien el objetivo propuesto era la estimación de la cobertura efectiva, sólo se pudo obtener en algunos casos por las dificultades para adquirir la información necesaria.</p> <p>Los resultados de las coberturas crudas no son muy alentadores para países como Bolivia, Honduras y Haití; por su parte, Chile obtuvo las coberturas crudas más altas en comparación con los demás.</p> <p>Los resultados ponen en evidencia las limitaciones que existen en la Región para hacer estimaciones de cobertura efectiva de manera precisa. Aún con la heterogeneidad para construir estos indicadores, los resultados demuestran que los países tienen mucho por hacer para alcanzar las coberturas deseadas: en salud infantil, mejorar coberturas de intervenciones de inmunización y control del niño sano; en el caso de la salud de las mujeres, mejorar las coberturas</p>

	<p>de detección de cánceres; y especial atención merecen Las intervenciones para enfermedades crónicas en los adultos.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Al intentar realizar un análisis sobre el impacto del Sistema de Salud en Colombia sobre la calidad de la atención y sobre la salud de la población, es importante tener un punto de comparación con otros países de la región en cuanto a cobertura como un reflejo de estos resultados, por este motivo este artículo es enriquecedor.</p> <p>Al igual que en Colombia en todos los países en los cuales se buscó información, se evidenció precisamente la dificultad para tener datos exactos y que cumplieran con los estándares que se estaban buscando, aun en toda América Latina hay una gran falencia en la medición de los resultados, lo cual es una parte de los procesos primordial para realizar retroalimentación y mejoras a los procesos que se llevan a cabo.</p> <p>Durante el análisis de los resultados, resaltan dos extremos, por un lado Chile con los mejores puntajes en todos los ítems evaluados y en el otro extremo Haití, mostrando grandes dificultades en situaciones que incluso se creerían ya erradicadas, como alta mortalidad materna e infantil, con bajas tasas de vacunación y atención de estos en centros con capacidad resolutive.</p> <p>Colombia es uno de los países, que a pesar de las dificultades más información en cuanto a indicadores sanitarios mostró, pero a grandes rasgos se encuentra en un nivel intermedio en cuanto a resultados, estando por encima, Chile, Republica Dominicana y en algunos casos Costa Rica y Perú.</p> <p>Se observa una fortaleza en cuanto a indicadores de Lactancia Materna con bajo nivel de enfermedad diarreica y respiratoria en niños, y de la atención del parto en institución calificada, igualando casi los resultados con Chile y Republica Dominicana.</p> <p>En cuanto a enfermedades crónicas, además de contar con muy poca información, se observa un bajo nivel generalizado a todos los países, lo que demuestra la debilidad que se presenta en Prevención y Promoción de la enfermedad.</p> <p>Llama la atención que a pesar de contar con un sistema de salud tomado del ejemplo de Chile, los resultados aquí presentados no concuerden, lo que demuestra que cada sistema se debe adaptar al funcionamiento de sus partes, en este caso de las políticas y cultura del país, para que</p>

	realmente se acople a las necesidades de este.
--	--

ARTICULO 37

Título	Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema
Autor y Año	Adalberto E. Llinás Delgado. Junio 2010
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522010000100014&lng=en
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Llinás Delgado Adalberto E.. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. Salud, Barranquilla [serial on the Internet]. 2010 June [cited 2013 Oct 18] ; 26(1): 143-154
Objetivo del artículo	Dar a conocer la definición y propósito de calidad en el sector salud.
Palabras Clave	Calidad Sistema de salud Reformas
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Inicialmente hay un breve resumen del concepto de calidad mostrando definiciones de varios autores y que conclusión es el más relevante en el tema de salud, en resumen es lograr el mejora beneficio con los recursos existentes, es satisfacer las necesidades del cliente convirtiendo lo más personalizado, involucrando los recursos tecnológicos pero también, los económicos culturales y personales.</p> <p>Posterior a esto menciona el sistema de garantía de la calidad en Colombia, que es la reglamentación escrita creada gracias al decreto 2174 del 96, y modificada</p>

finalmente por el decreto 1011 de 2006.

Este es un sistema que tiene como objetivo garantizar con mínimos requisitos, poder cumplir con una adecuada prestación de los servicios de salud, todo bajo un modelo nacional estructurado, en el que se involucran muchos elementos que intervienen como son la estructura física, humana, bajo estándares establecidos por medio de guías procedimientos que abarcan todo de una organización.

Los actores del sistemas son tres específicamente, las EPS, IPS y los usuarios.

En las EPS, se busca la satisfacción del cliente y la rentabilidad financiera, infortunadamente se le da más importancia al factor dinero, de ahí el incremento de las quejas de los usuarios, el número de tutelas hacia las EPS o incumplimientos. También encontramos otros actores que son las IPS que también se dividen, van desde tener reservar la salud y la vida de los usuarios y la otra primar la parte lucrativa, se pretende lograr las dos per con la primera pretende ejecutar un plan y un programa que logre el objetivos, medio de una estructura adecuada, con hotelería personal idóneo, guías y protocolos de cuidado.

El otro actor es el más vulnerable el usuario, donde la calidad se ve reflejado en el cumplimiento de sus necesidades y perspectivas.

Con la nueva reforma uno de los objetivos que se pretendían lograr era aumentar la cobertura en salud, pero lo que se consiguió fue un aumento en la cartelización que no es sinónimo de igualdad, siendo notablemente la división en el sistema con los tres grupos de afiliación, vinculados, subsidiados y contributivos.

El documento también nos da una visión de cómo son otros sistemas de salud en Latinoamérica

En Argentina está muy deteriorado el modelo de salud pero actualmente trabajan en esto y pretenden que sea descentralizado, garantizando la cobertura del total de la población. En Brasil en este modelo se observa desigualdad en el acceso y en los servicios públicos y privados.

En Chile, este tiene fondos públicos y privados, es un modelo de innovación en los sistemas de salud en Latinoamérica. Cuba ha tenido muchas modificaciones en su modelo y se ha enfocado mucho en la prevención y autocuidado pero está pasando por una difícil situación económica.

En Ecuador, el modelo tiene dos objetivos macro,

	<p>aumentar la cobertura y garantizar la calidad, pero esto tampoco se cumple. México, pretenden ampliar la cobertura, calidad y eficiencia, este modelo ha tenido una grande inversión social. Paraguay, tiene un proyecto donde se han creado consejo nacionales de salud pero no hay buenos a condicione para los trabajadores en salud y hay inadecuada administración de equipos y materiales. En Puerto Rico es un sistema básicamente privado. En Venezuela afianza la atención primaria pero, no cumple con lo importante, urgente y no hay adecuadas condiciones para los profesionales.</p>
Muestra	<p>Se tomaron 40 referencias bibliográficas de diferentes autores y las principales reformas de los sistemas de salud de América Latina.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Revisión del concepto de "calidad" por varios autores y revisión de las diferentes reformas al sector salud en Latinoamérica.</p>
Resultados	<p>La decisión de los diferentes modelos en salud de varios países nos llevan a analizar la necesidad de hacer modificaciones a los modelos, la mayoría priorizan la necesidad de cobertura al sistema pero la necesidad va más allá de eso, es indispensable la calidad en la atención al individuo como ser humano, aportando a esto la atención por profesionales con altos niveles técnicos y científicos que disminuyan los riesgos en salud, se preste mayor calidad y generen mayor satisfacción en los usuarios</p> <p>La reorganización de un modelo debe ser con base a la calidad de la prestación de los servicios, con un componente ético , hay varios modelos de calidad que se pueden seguir lo importante son los resultados</p>
Discusión	<p>Como hemos mostrado con este documento, el tema de calidad ha venido tomando impulso desde la reforma del año 2006, han pasado 7 años y las condiciones no han sido notablemente mejoradas, por el contrario los usuarios cada vez estamos más cansados de que los servicios de salud estén más deteriorados, las quejas, tutelas y demandas aumentan por la mala atención, y por muchos</p>

	<p>otros factores asociados como son: la inoportunidad en las citas y procedimientos que alargan las esperas para una atención que requiere ser inmediata, no autorizaciones, remisiones a otras ciudades aun sabiendo que existe la posibilidad de atención en su localidad de residencia, malos tratos por parte de profesionales y personal de atención en salud, diagnósticos y tratamientos inadecuados por falta de capacidades técnicas y científicas de quienes prestan la atención, falta de humanización en la atención, se alargan y complican los trámites que los usuarios debe realizar y no se tiene en cuenta la edad, lugar de residencia, las condiciones económicas que los usuarios deben soportar.</p> <p>Necesitamos que las reformas en salud aunque muy bien enfocadas en calidad y adecuada atención a los usuarios se cumplan a cabalidad, y para esto necesitamos un estado comprometido con el tema, entidades como la Supersalud que esté al tanto de la situación y se realicen auditorias y verificaciones continuas para el cumplimiento de estas obligaciones, además que las inconsistencias sean investigadas y las omisiones sean castigadas de manera ardua para que sea un sistema serio, de real características sociales y modelo mundial.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Al inicio de la ley 100 la salud se enfocaba especialmente por la visión de la misma comunidad como la cura de la enfermedad, gracias a la investigación y a la introducción de entidades que aportan al desarrollo de salud con enfoque diferente, la estructura de la ley 100 y su funcionamiento requiere de cambios estratégicos que mejoren el servicio de acuerdo a las exigencias y necesidades de los usuarios, EPS, IPS y demás entidades externas que hacen parte del sector.</p> <p>Los protagonistas y encargados de modificar la legislación y darle un vuelco buscando el mejoramiento de las adversidades, se han visto en la necesidad de realizar ajustes al sistema en beneficio de todos, por lo menos es lo que venden a la comunidad, pero ya las persona no tiene fe, hay predisposición a no creer que un cambio pueda lograr mejorar la falencias de una sistema, siempre pensamos en la corrupción, si bien es cierto la salud es un negocio y debe ser rentable y sostenible, no debe ser para lucrar fines personales de personas específicas.</p> <p>No estamos pensando en la comunidad, ya no existe sensibilidad, ética, principios, existe una mentalidad fría y calculadora preocupada únicamente por el poder, las</p>

	<p>ganancias. Quizás falta que los políticos convivan con las comunidades, se den cuenta de sus necesidades, sacrificios y humillación para que tal vez así logren sensibilizarse un poco, se tomen políticas que realmente sean eficaces y logren los objetivos de la ley 100.</p> <p>La calidad es un sistema que piensa en las necesidades de la población y es uno de los puntos débiles a trabajar, pero más allá que la difusión de reformas, necesitamos es el control constante para que se ejecute como debe ser, además importantísimo que se apliquen sanciones pertinentes en caso de incumplimiento a la ley.</p> <p>En cuanto a los modelos de salud en otros países vemos que en todos funcionan de manera muy diferente, pero al igual también tienen fortalezas y debilidades, no creemos que exista un modelo perfecto en ningún lado, si así fuera ya se hubiese implementado en todo el mundo. Definitivamente al sector salud se le debe trabajar mucho en todas sus dimensiones y los líderes del estado son los responsables de lograr el cambio que necesitamos.</p>
--	--

ARTICULO 38

Título	Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano
Autor y Año	Alvaro Franco Giraldo. Junio de 2012
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54523558003
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Franco Giraldo, Álvaro. Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. Revista Gerencia y políticas de salud, 2012, vol. 11, no 22, p. 28-42.
Objetivo del artículo	Definir unos ejes temáticos para interpretar la atención en salud y orientar un nuevo modelo del sistema.

<p>Palabras Clave</p>	<p>Sistema de salud Políticas públicas Reforma Teoría política</p>
<p>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</p>	<p>Se pretende que el servicio de salud sea universal e integral con este artículo se analizara con qué recursos se puede garantizar esto. También se busca entender la reforma en salud y generar opiniones acerca del tema, que y como se puede intervenir al sistema para cumplir sus pretensiones. Se dice que las reformas se deberían trabajar progresiva, gradualmente, que se corrija y se innove sobre los hallazgos que se van encontrando y no debe ser por el contrario, una medida escapista o que se empiece a trabajar en una gran reforma Este documento describe algunos modelos de políticas públicas relacionadas con la gestión social, por medio de una distribución equitativa. Un modelo tiene que ver con las políticas públicas humanísticas basados en los derechos humanos, otro tiene que ver con la acción pública y de estado. Existen varios enfoques que en breve serán nombrados en este documento, enfoques que serán más específicos para ser aplicados en el sector salud. Enfoque igualitarista: es un enfoque social, con calidad y acceso al sistema para todos. Estos modelos son reemplazados por económicos y financieros de manera colectiva e individual; la primera visión seria al racionalización, como su nombre lo indica disminuir los gastos y reemplazarse por estrategias de PyP .y la segunda visión es de la parte económica Enfoque neoclásico: se concentra en objetivos económicos Enfoque igualitarista: habla de la igualdad y justicia social. Enfoque de mercado: mecanismos que regulan el impacto negativos de las inconsistencias en el mercado y las contrataciones.</p> <p>Eje analítico de la salud pública. Este se basa en localidad, satisfacción, cobertura, igualdad, se tiene en cuenta las necesidades en salud de la población más allá que los beneficios económicos, Con la reforma 1438 de 2011 es relevante el sistema integrado de redes de salud, y la atención primaria en salud. La primera importantísima con autonomía</p>

	<p>administrativa y personal por parte de los usuarios con derecho de escoger su EPS, además la comunicación entre EPS e IPS para la prestación de los servicios, importante también mencionar los entes encargados de la revisión y control en miras de integrar los sistemas de salud y lograr la equidad social y prestación de servicios de salud con calidad.</p> <p>Alternativas instrumentales</p> <p>Hay dos temas importantes de la reforma 1438 del 2011 donde hace énfasis en las redes integrales de servicios de salud, donde promueve la libre escogencia de entidades de salud, trata de mejorar la financiación de estas entidades, involucra la superintendencia aún más para la verificación de cumplimiento de la normatividad, todo con el fin de garantizar la atención de todos los colombianos y de prestar servicios con calidad.</p> <p>El otro tema importante es la atención primaria en salud Si bien es cierto es un tema basado en la promoción de la salud este proyecto debe ser integrado con todo un sistema para que pueda ser verdaderamente efectivo, debe ser integrado de una manera completa y vincularlo desde al referencia y contra referencia, seguimientos controles, solución de problemas gestiones etc.</p>
Muestra	Lectura y revisión de artículos de diferentes autores 34 en total.
Intervención y proceso medición	El método utilizado fue la revisión documental sobre las teorías de políticas públicas.
Resultados	<p>La salud pública se ha determinado como una necesidad asociada a la falta de calidad de vida y de equidad.</p> <p>Se necesita un cambio de ideología antes de la reforma estructural de la salud.</p> <p>Falta de políticas adecuadas que permitan a los responsables de la asignación de recursos garantizar una adecuada asignación de recursos que favorezcan la integralidad y equidad.</p> <p>Se favorecen modelos en salud pública que sean</p>

	<p>integrales, bien estructurados que permitan modificar estilos de vida de las comunidades y que impacten de manera positiva la salud de los colombianos para una verdadera transformación social.</p> <p>Se deben aprovechar medidas ya probadas como las estrategias que han adoptado determinados servicios de salud para la aplicación de la Atención Primaria en Salud y que han logrado resultados positivos en la prevención.</p>
<p>Discusión</p>	<p>La reforma en salud debe ser basada en la integralidad, equidad y contemplar la salud como un derecho, el sistema económico del país debe tener en cuenta la financiación en este sector y buscar la laxitud de recursos para buscar estos objetivos.</p> <p>Debemos manejar la salud pública como una necesidad prioritaria, como una forma de mejorar la calidad de vida, de lograr equidad, de impactar los indicadores de salud, además de asumirla como reto, si queremos una verdadera reforma a nuestro sistema.</p> <p>El tema de los sistemas de salud, siempre va a ser controversial para el mundo entero, nos debatimos entre diferencias ideológicas, políticas y de método, muchas veces enfrentados, algunos tratando de mejorar la verdadera calidad y otros en busca de ganancias, debemos aprovechar las formas conocidas de mejoría como las redes integradas de servicios asociada a un fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, ya que las herramientas las tenemos pero aún no le sacamos provecho.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>En un tema tan complejo y delicado, como es la salud de las personas, se deben tomar decisiones inteligentes que garanticen el derecho a la población para acceder a los servicios de salud.</p> <p>No es fácil para quienes tiene la responsabilidad de hacer giros contribuyentes al mejoramiento continuo de un sistema. Se requiere de años de experiencia, aplicación de modelos de otros países con un previo estudio exhaustivo que garantice la viabilidad.</p> <p>Con inadecuadas decisiones no solo se pone en riesgo el bienestar de toda la población sino también puede generar</p>

	<p>un desequilibrio económico irreparable.</p> <p>De acuerdo a los diferentes modelos propuestos, ninguno de una forma exclusiva puede ser funcionar adecuadamente, se debe buscar un balance pensando en el ser humano como un todo y con el deber de prestar la atención que el usuario necesita, pero también para que este sistema sea sostenible debe contar con recursos económicos que lo avale. Pero más allá de todo lo que hemos hablado para mejorar el sistema es la honestidad y honradez de todos, especialmente de quienes nos dirigen.</p>
--	--

ARTICULO 39

Título	La Segunda Reforma de Salud - Aseguramiento y compra-venta de servicios
Autor y Año	Asa Cristina Laurell, Joel Herrera Ronquillo 2010
Ubicación del artículo (base datos)	Scielo
Citación Bibliográfica del artículo Vancouver	Laurell, Asa Cristina, and Joel Herrera Ronquillo. "La Segunda Reforma de Salud: aseguramiento y compra-venta de servicios." Salud colectiva 6.2 (2010): 137-148.
Objetivo del artículo	Examinar diversos aspectos de los seguros de salud implementados en diversos gobiernos latinoamericanos buscando cobertura universal en salud, para conocer los resultados y el cumplimiento de sus objetivos
Palabras Clave	Seguro de Salud América Latina Mercantilización Reforma de la Atención de Salud Política de Salud.

<p>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</p>	<p>El enfoque dominante de la política de salud ha sido el económico y no el de satisfacer las necesidades de salud de la población.</p> <p>Se reconoce ahora que la cobertura universal en salud es una exigencia de los ciudadanos a sus gobiernos, que debe ser resuelta para favorecer la cohesión social. Es en este contexto donde el aseguramiento emerge como el mecanismo preferente de financiamiento para lograrla y para reducir gastos catastróficos e incrementar la equidad, además con la finalidad de mejorar la calidad y oportunidad de los servicios, incrementar la eficiencia y eficacia, abatir la corrupción y contener los costos.</p>
<p>Muestra</p>	<p>Análisis de 3 sistemas de salud de países latinoamericanos, Chile, Colombia y México.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Análisis mediante la recolección de información de cada uno de los sistemas de salud elegidos.</p>
<p>Resultados</p>	<p>CHILE. ASEGURAMIENTO PÚBLICO Y PRIVADO CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS</p> <p>El aseguramiento en Chile tiene especial interés al ser el país donde se dio, en 1981, la primera reforma de salud mercantilizada y privatizadora y la cual se presentó modelo a seguir en el resto de América Latina y en el mundo. En el cambio de gobierno nuevamente hacia la democracia se realizó una segunda reforma con énfasis en la protección social.</p> <p>En Chile se manejan dos empresas de aseguramiento, la una privada y la otra pública.</p> <p>Sus medidas claves son: la inclusión de administradores privados de fondos en el aseguramiento obligatorio y público, la libre elección de asegurador y la separación entre la gestión del financiamiento y la prestación de servicios, abriendo el mercado de servicios a los privados.</p> <p>Las aseguradoras privadas no contaron con adecuada regulación y se centraron en la ganancia, cayendo incluso en la “selección adversa” al rechazar pacientes de alto riesgo, siendo los aseguradores públicos los encargados de cubrir estas necesidades.</p> <p>Actualmente se maneja el mismo sistema de aseguramiento pero se creó un regulador para el sector</p>

privado y se han encaminado las políticas gubernamentales a lograr universalidad y equidad en la atención.

La última innovación dentro de la cobertura médica es el Plan AUGE (Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud) legislado en 2004. El AUGE define los "problemas de salud", lo que permite una atención integral en contraposición con los paquetes de "intervenciones" específicas que tienden a fracturar los procesos integrados de atención. Con esto se ha logrado mejorar la accesibilidad a la atención disminuyendo tiempos de espera y mejorando accesibilidad.

Una de las fortalezas en Chile es la infraestructura hospitalaria siendo aún más fuerte en el sector público.

COLOMBIA. ASEGURAMIENTO OBLIGATORIO DE LIBRE COMPETENCIA

El SGSSS en Colombia es una combinación entre el seguro obligatorio y la libre competencia entre administradores de fondos y entre prestadores de servicios, públicos y privados. Se distingue del seguro chileno en dos aspectos. Por un lado existe un organismo público (re)distribuidor de los fondos de salud. Por el otro, el sistema público ha sido desarticulado en múltiples organismos de administración de fondos y prestación de servicios.

Esta estructura establece una estricta separación de funciones entre regulación/modulación, administración de fondos y prestación de servicio, creando una "competencia gerenciada"

En teoría, la competencia entre administradores y entre prestadores de servicios sería un mecanismo para optimizar el uso de los recursos, contener costos y mejorar la calidad. En la realidad se establece una pugna por el excedente entre compradores y prestadores de servicios. Esto ha impulsado mecanismos de contención de costos con impacto sobre la atención y prácticas de selección adversa.

MÉXICO. ASEGURAMIENTO SEGMENTADO

El aseguramiento en salud de México está segmentado en tres esquemas distintos (el seguro de salud de la seguridad social, el Seguro Popular y los seguros privados). Ha sido objeto de 3 reformas buscando la separación entre pagadores y proveedores, con competencia de mercado. Es de anotar que la salud pública en el país tiene gran fortaleza en cuanto a infraestructura, recursos humanos e

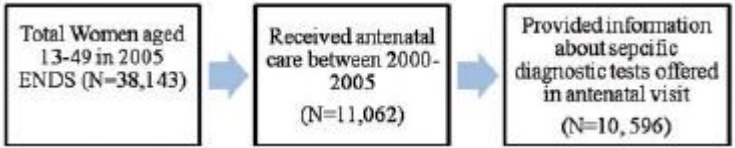
	<p>investigación, muy superior a la del sector privado.</p> <p>El seguro de salud de la seguridad social es obligatorio y se rige por un marco legal propio. Protege a los trabajadores formales y sus familias y cubre aproximadamente al 45% de la población. Los seguros privados tienen poca relevancia en términos de su cobertura poblacional ya que no supera el 5,8%. El tercer esquema, es el Seguro Popular (SP), que es un seguro de "protección social" para la población sin seguridad social laboral. Su población objetivo comprende entre el 50 y el 55% de la población.</p> <p>Las mayores dificultades que se presentan son la baja cobertura de muchos de los procedimientos y medicamentos de patologías frecuentes, y en algunas zonas del país bajo número de hospitales y médicos por habitantes.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Los seguros no han alcanzado cobertura universal poblacional y la cobertura médica está limitada. Persiste el acceso inequitativo y se tiende a una nueva pauta de inclusión-exclusión. La separación entre administración de fondos y prestación de servicios ha llevado a la mercantilización y ha creado nuevos actores económicos en el sector con acceso a los fondos públicos de salud. La administración de estos fondos tiene una creciente complejidad y aumento de los costos y pese a los incrementos en el presupuesto público de salud los costos sobrepasan los recursos. La lógica dominante del seguro es la económica y no la de satisfacción de necesidades de salud.</p> <p>El análisis de las tres experiencias nacionales lleva a algunas conclusiones sobre el aseguramiento en salud. La primera es que en ningún caso ha cumplido su finalidad explícita de lograr la cobertura poblacional universal ni siquiera cuando es obligatoria. Por lo menos un 10% de la población se ha quedado al margen. La cobertura de atención médica del nuevo aseguramiento, surgido de la obligatoriedad del seguro de salud subsidiado o contributivo, se concreta en paquetes de intervenciones generalmente definidos con criterios de costo-beneficio a diferencia de los seguros de la seguridad social laboral de cobertura amplia con muy pocas exclusiones.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Reiterativamente, mediante el análisis de documentos comparativos entre diversos sistemas de salud de la</p>

	<p>región, se vislumbra que el resultado en cada uno de los ejemplos no es el adecuado y no se cumplen los objetivos inicialmente planteados, si bien de alguna manera con estos sistemas basados en el mercantilismo, se ha logrado aumento en la cobertura esto ha ido directamente en inversa de la calidad, accesibilidad a la atención en salud y en detrimento de las condiciones laborales para los trabajadores de la salud.</p> <p>Es claro que con el crecimiento demográfico y las condiciones actuales en el mundo que nos muestra un futuro de escasez ante el desgaste natural, se deben instaurar políticas en salud netamente de componente social, donde se busque amplia cobertura, universalidad, calidad y accesibilidad. Y es claro también, que con los sistemas actuales con intereses económicos por parte de los prestadores esto no se va a lograr.</p> <p>En Colombia además, tenemos la gran dificultad de la corrupción, lo cual crea un hoyo negro para los recursos que se destinan a intereses personales de algunos actores del sistema y no a las reales necesidades de la población.</p>
--	---

ARTICULO 40

Título	<p>El seguro de salud para los pobres disminuye el acceso a las pruebas del VIH en la atención prenatal: evidencia de un efecto no deseado de la reforma de la seguridad social en Colombia?</p> <p>Health insurance for the poor decreases access to HIV testing in antenatal care: evidence of an unintended effect of health insurance reform in Colombia?</p>
Autor y Año	Allison Ettenger, Till Bärnighausen, Arachu Castro – 2013
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23598426
Citación Bibliográfica del artículo	ETTENGER, Allison; BÄRNIGHAUSEN, Till; CASTRO, Arachu. Health insurance for the poor decreases access to

	HIV testing in antenatal care: evidence of an unintended effect of health insurance reform in Colombia. Health policy and planning, 2013.
Objetivo del artículo	Este artículo analiza la situación de la seguridad social en Colombia y las pruebas de VIH ordenadas a las mujeres embarazadas durante atención prenatal, empleando datos de la ENDS (Encuesta Nacional de Demografía y Salud) 2005.
Palabras Clave	Atención prenatal Acceso a la atención médica Pruebas de VIH Colombia
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<ul style="list-style-type: none"> • En el año 2000, se introdujeron pruebas de VIH de rutina en la atención prenatal en Colombia como un medio para aumentar la cobertura de prevención de la transmisión materno infantil del VIH. • Los prestadores de salud eran cada vez más reacios a ordenar pruebas de VIH durante la atención prenatal para las mujeres afiliadas al régimen subsidiado como resultado de la reforma nacional de salud en Colombia, comparado con mujeres con características demográficas, económicas, sociales, comportamentales y geográficas similares, que no contaban con ningún cubrimiento de seguridad social. • La creación del régimen subsidiado en Colombia ha aumentado el cubrimiento de la seguridad social, sin embargo, por un particular servicio de salud esencial, la evidencia demuestra una disminución en el acceso. • Se necesitan estudios futuros establecer mecanismos a través de los cuales se incremente en el régimen subsidiado la reducción de las pruebas de VIH en la atención prenatal; estos posibles mecanismos incluyen eliminar barreras administrativas y procedimientos que consumen mucho tiempo, asociados con la inscripción al régimen subsidiado.
Muestra	

	 <p>Total de mujeres con edades entre 13 y 49 años en 2005 = 38.143 Mujeres que recibieron atención prenatal entre el 2000 y el 2005 = 11.062 Mujeres que brindaron información acerca de pruebas de diagnóstico específicas ofrecidas en consultas prenatales.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Se empleó la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del 2005 para realizar el análisis. La muestra representativa nacional incluyó 38.143 mujeres en 37.211 hogares. Los hogares seleccionados estaban localizados en 3.935 grupos de 208 municipios en 33 departamentos de Colombia. La ENDS 2005 fue una encuesta estratificada y de dos etapas de muestreo. La tasa de respuesta por casa fue del 88% y la tasa de respuesta individual de los hogares seleccionados fue del 92%. De las 38.143 mujeres entre los 13 y 49 años de edad que fueron entrevistadas, 11.062 recibieron atención prenatal para dar a luz entre el 2000 y el 2005. Para este análisis, analizamos datos únicamente de aquellas mujeres que respondieron en la pregunta de la encuesta acerca de si les fue ordenada una prueba de VIH en sus consultas prenatales. La selección de este proceso dio como resultado una muestra final de 10.596 mujeres. La variable de resultado es un indicador binario que captura si las pruebas de VIH fueron ordenadas en su visita de control prenatal, a las mujeres con partos más recientes (para todos los nacimientos ocurridos entre el 2000 y el 2005). En la estimación de las estadísticas de resumen, se utilizó el muestro de la ENDS para contabilizar la probabilidad de ser seleccionado dentro de la muestra de la encuesta diferentes grupos de mujeres. Se realizó un análisis de regresión simple y multifactorial. Se incluyeron las variables indicadores de tipo de seguro, la captura por separado los dos tipos más comunes de seguro de salud (contributivo y subsidiado, 26% y 34 % de la muestra, respectivamente), una categoría para todas las demás formas de seguro de salud (8 %) y los no asegurados (31 %). En los análisis de regresión, se controlaron los factores de confusión potenciales</p>

	<p>incluyendo los tipos de prestadores de servicios de salud que prestan servicios de atención prenatal (médicos, enfermeras, matronas o prestadores de salud) y el mes de gestación en el que las mujeres embarazadas acuden a su primera visita prenatal. El análisis también controla otras características maternas, incluyendo edad, residencia urbana o rural, nivel educativo, nivel social, conocimientos acerca del VIH, lugar de residencia, y características de los niños incluyendo año de nacimiento y orden de nacimiento.</p> <p>Este sistema de salud, las características maternas y de los niños fueron incluidas en el análisis para controlar los factores de posible confusión de cualquier relación entre los seguros de salud y las variables resultado. Todos los valores, intervalos de confianza y los valores P están basados en errores estándar que son ajustados a nivel de agrupación de encuestas demográficas y de salud.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Una prueba de VIH fue ordenada únicamente al 35% de las mujeres que acudieron a citas de control prenatal. En el análisis, la situación de la seguridad social es un importante predictor de los prestadores de salud que ordenan prueba de VIH en las consultas prenatales. Aquellas mujeres inscritas en el régimen subsidiado tenían una probabilidad mínima de recibir una prueba de VIH durante sus consultas de atención prenatal comparado con aquellas que no cuentan con ningún seguro, mientras que las mujeres inscritas en el régimen contributivo tenían mayores probabilidades de recibir una prueba de VIH en comparación con aquellas que no cuentan con ningún seguro.</p> <p>Si un médico atendió la consulta prenatal, en comparación con una enfermera, partera o un auxiliar de la salud, se asocia con que fuera más probable que se ordenara una prueba de VIH. El nivel social de la madre, su lugar de residencia, el conocimiento acerca del VIH y el año de nacimiento del niño se encontraron como características asociadas significativamente con las pruebas de VIH durante la atención prenatal. Si se tienen en cuenta otras variables como un año de nacimiento posterior se encontró una probabilidad mayor para obtener una prueba de VIH. Si el niño nacía en el 2005, las mujeres tenían 7 veces más probabilidad de tener una prueba de VIH comparado con las mujeres cuyos niños nacieron en el 2000.</p> <p>Además, ni el orden de nacimiento de los niños ni el acceso a las consultas prenatales en meses específicos de</p>

	<p>gestación fueron encontrados como factores predictivos determinantes para recibir pruebas de VIH.</p> <p>Las mujeres que se encuentran en el régimen subsidiado tienen menos probabilidad de acudir a citas prenatales atendidas por médicos frente a las mujeres que se encuentran afiliadas al régimen contributivo o las mujeres que no tienen ningún seguro.</p>
<p>Discusión</p>	<p>En el análisis, se encuentra que la inscripción en el régimen subsidiado está asociado con la reducción de la probabilidad de acceder a una prueba de VIH durante la atención prenatal cuando se encuentran controladas por un rango potencial de factores de confusión. Comparado con las mujeres sin seguro, aquellas mujeres que se encuentran en el régimen subsidiado tienen menos probabilidad de acceder a este tipo de pruebas durante las consultas para atención prenatal.</p> <p>Estos hallazgos sugieren que las mujeres del régimen subsidiado se encuentran en desventaja en la recepción de servicios de salud esenciales como lo requiere la prevención de transmisión materno infantil en Colombia.</p> <p>Aunque este hallazgo inicialmente puede parecer poco probable, la reforma a la salud introdujo el régimen subsidiado en un intento por aumentar el acceso a los servicios esenciales de salud, no hay pruebas que indiquen que existen barreras estructurales e institucionales para el acceso a los servicios de salud por parte de los afiliados en el régimen subsidiado, lo que podría explicar el resultado. Estas barreras incluyen los mecanismos para limitar el uso de los servicios, tales como la autorización de las pruebas de diagnóstico por el seguro de salud o pagos de capitación a los proveedores, contratación fragmentada de servicios en diferentes lugares y conflicto en cuanto a los beneficios incluidos en el régimen subsidiado. Aunque los prestadores de salud tienen la obligación de ordenar la prueba del VIH para todas las mujeres, independiente del tipo de seguridad social que tengan, algunas organizaciones de gestión sanitaria que cuentan con poblaciones en el régimen subsidiado, solicitan autorización escrita antes de poder ser realizada la prueba del VIH. En tales casos, la autorización tiene que ser solicitada personalmente por parte de la mujer embarazada, quien en muchos casos debe realizar viajes hasta el sitio de autorización, y por escrito por parte del prestador de salud.</p> <p>En contraste, las mujeres que no se encuentran afiliadas a</p>

	ningún tipo de seguro, no requieren de autorización escrita.
Análisis Personal	Nuestro análisis se soporta no sólo en este estudio sino también en nuestras experiencias personales vividas a lo largo de años de experiencia en la atención médica en Colombia. Las pobres gestantes del régimen subsidiado y las pobres no afiliadas no recibían la posibilidad de diagnóstico temprano para esta patología por las perversas negociaciones que se llevan a cabo entre los aseguradores y las IPS en nuestra amada patria. La fatales CAPITACIONES, conllevan a que las instituciones prestadores ahorraran de manera perversa a costa de no solicitud de estudios paraclínicos a los usuarios. Otro factor relevante es la politización de la salud, donde los recursos de PYP son desviados para satisfacer las necesidades de los políticos de turno y por último y no menos grave es la falta de capacitación de los profesionales médicos y por ende la falta de seguimiento a guías y protocolos estandarizados.

ARTICULO 41

Título	Implementación de un nuevo sistema de salud en Colombia: Es favorable para los determinantes de la salud? Implementation of a new health system in Colombia: Is this favourable for health determinants?
Autor y Año	H E Restrepo, H Valencia. 2002
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732037/pdf/v056p00742.pdf
Citación Bibliográfica del artículo	RESTREPO, H. E.; VALENCIA, H. Implementation of a new health system in Colombia: Is this favourable for health determinants?. Journal of epidemiology and community health, 2002, vol. 56, no 10, p. 742-743.

Objetivo del artículo	El presente artículo pretende mostrar, con un caso particular, si la implementación del nuevo sistema de salud favorece o no el cumplimiento de los principios fundamentales de la salud. Se tomó como ejemplo el caso de la ESS de Versailles.
Palabras Clave	Sistema de salud Colombia Reforma Privatización Calidad de vida
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Las nuevas reformas a los sistemas de salud en los países de América Latina comenzó en los 90's como parte de una amplia reforma estatal, promovida por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial.</p> <p>En Colombia, el nuevo sistema llamado Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud – SNSSS se definió por la Ley 100, aprobada en 1993 por el Congreso. Su regulación se encuentra bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y de la Superintendencia Nacional de Salud – SNS que ejerce control sobre el Nuevo Sistema.</p> <p>La nueva Ley introdujo además de diferentes tipos de instituciones de atención médica, la privatización y competencia entre las mismas.</p> <p>Para facilitar la transformación de los hospitales públicos en instituciones más competitivas, el Ministerio de Salud los transformó en Empresas Sociales del Estado – ESE y también creó un nuevo tipo de instituciones de salud llamado “Empresas Solidarias de Salud - ESSs” para permitir a la comunidad organizar sus propias empresas proporcionando seguro de salud a los individuos y sus familias.</p> <p>Ambos tipo de instituciones tienen la responsabilidad de administrar los recursos provistos por el Gobierno para financiar la atención de la salud de los grupos menos favorecidos bajo el llamado Régimen Subsidiado. Estos dos tipos de instituciones estatales deben competir con empresas y grupos privados, pero sin tener la experiencia y organización del sector privado.</p>

Muestra	<p>Se tomaron nueve referencias bibliográficas dentro de las cuales se tomaron reportes de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud, Secretaría de Salud de México. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. México y estudios de casos internacionales.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Los habitantes de Versalles, una población de 12.000 habitantes, localizada en las montañas del oeste de Colombia, decidieron cambiar sus condiciones de vida bajo la dirección del médico rural (Henry Valencia) y el sacerdote (Héctor Salazar), un proceso de organización de la comunidad, promoción de la participación y análisis de su situación, desde el año 1997.</p>
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> -El desarrollo local de la localidad mostró grandes avances como el empoderamiento de la comunidad, el desarrollo de capacidades y la construcción de capital social. -Disminución evidente de los índices de violencia y principalmente de los homicidios en la región, no se encuentra desnutrición infantil severa, la mortalidad materna es una de las más bajas en el país, la tasa de vacunación está por encima del 90%. -La información pública y la educación en salud son satisfactorias a pesar de la poca inversión pública. -Los profesionales de la salud están comprometidos con la promoción de la salud a través de proyectos y comités intersectoriales. -Los habitantes de la población han adquirido una nueva visión de la salud teniendo un enfoque integral y completo. -La comunidad de Versalles en 1994 creó su Empresa Solidaria – ESS con una participación del 87,6% de las familias de Versalles siendo reconocida en 1997 y 1998 como la mejor ESS a nivel de provincia y a nivel nacional.
Discusión	<p>Nuestro Sistema de Salud está diseñado para promover la creación y crecimiento de grandes empresas sin reconocer los resultados que han logrado pequeñas cooperativas como la formada en el caso anterior.</p> <p>Otro punto observado son las exigencias del gobierno para la demostración de actividades encaminadas a la</p>

	<p>promoción de la salud y que generen subsidios públicos, pero ciertas actividades de los profesionales de la salud como los comités comunitarios y proyectos intersectoriales no son consideradas acciones en salud convirtiéndose en un campo hostil debido a la comercialización y competencia del mercado de la salud.</p> <p>Probablemente los programas de salud pública en Colombia se han deteriorado a pesar de las inversiones del Ministerio de Salud, debido a la fragmentación de los servicios sin que se defina claramente la responsabilidad de éste tema a un ente exclusivo.</p>
Análisis Personal	<p>Para nuestro concepto la realidad de un pasado no muy lejano la actualidad misma nos llevan a pensar de manera reiterada que en esencia el espíritu de la legislación es sano y profundamente humanitario, pero las manos de personajes y entidades privadas ambiciosas han llevado a la hecatombe. La corrupción, la malversación de recursos, el desvío de dineros de la salud a otros fines han conllevado a una inequidad absurda donde los más pobres y las poblaciones marginales no tienen la misma oportunidad, acceso y continuidad en la atención médica. Nuestra pregunta seguirá siendo la misma: Será que una nueva reforma amañada y superficial servirá para solucionar estos problemas tan hondos?</p>

ARTICULO 42

Título	<p>El control indígena sobre la atención de salud en medio de las reformas neoliberales en Colombia: un difícil equilibrio.</p> <p>Indigenous control over health care in the midst of neoliberal reforms in Colombia: an uneasy balance.</p>
Autor y Año	<p>Javier Mignone, Jorge Nállim, and John Harold Gómez Vargas 2011</p>
Ubicación del artículo (base	<p>https://twpl.library.utoronto.ca/index.php/spe/article/viewFile/15344/12364</p>

datos)	
Citación Bibliográfica del artículo	Mignone, Javier; Nállim, Jorge; Vargas, John Harold Gómez. Indigenous control over health care in the midst of neoliberal reforms in Colombia: An uneasy balance. <i>Studies in Political Economy</i> , 2011, vol. 87, p. 93.
Objetivo del artículo	<p>En este trabajo se analiza la experiencia de las Empresas Promotoras de Salud Indígenas (EPS).</p> <p>Lo hace desde una perspectiva teórica que combina el análisis de la EPS desde una perspectiva de la atención de salud con un marco históricamente fundamentada respecto a los cambios en las relaciones Estado-sociedad y las ambigüedades creadas por las reformas neoliberales. En particular, se trata de comprender cómo las organizaciones populares utilizan la reforma institucional para sus objetivos. Examina las tensiones que surgen y las relaciones de poder en juego entre el Estado y otros actores, y evalúa las implicaciones de autogobierno indígena en la atención de la salud. Al hacerlo, se da luz sobre el hecho de que la atención sanitaria es otro escenario para las luchas contenciosas de poder, la cultura, la identidad y la ciudadanía.</p>
Palabras Clave	<p>Población Indígena</p> <p>EPS Indígena</p> <p>Ley 100 de 1993</p>
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>En los últimos años, numerosos estudios de diferentes campos académicos han explorado a fondo el modelo económico neoliberal adoptado en toda América Latina a lo largo de la década de los 90's. Estos estudios han detallado los efectos sociales y económicos abrumadoramente negativos de las reformas de libre mercado en gran parte de la población. Más interesante, éstos estudios también muestran la manera en que estas reformas dieron a luz o fortalecieron los movimientos sociales (con la participación de por ejemplo, campesinos sin tierra y trabajadores desempleados) que protestaron en contra de estas reformas y formaron la columna vertebral de movimientos políticos que eventualmente alcanzaron el poder en muchos países. Entre ellos, los estudios se han enfocado en la en la movilización de poblaciones</p>

indígenas en toda la región, ya que exigieron y reclamaron su lugar en su respectiva nación.

En 1991, una nueva constitución reconoció las demandas de larga data para los derechos de los indígenas y se comprometió a establecer una cobertura de salud universal. Este sistema fue implementado en los siguientes años a través de un modelo de competencia administrada, las políticas de tipo neoliberal que tuvieron un impacto negativo sobre la población Colombiana.

Por otro lado, las poblaciones indígenas Colombianas, construidas sobre su experiencia histórica de la movilización y derechos nuevamente reconocidos se apoderan del marco legal para las reformas neoliberales del sector salud en Colombia para gestionar su propia compañía de servicios de salud.

Aunque las reformas aún no han alcanzado la cobertura total de la población y los indicadores clave de salud y programas de control de enfermedades parecen haberse deteriorado, las organizaciones indígenas parecen haber logrado importantes avances en la obtención de control sobre su propia atención en salud.

Sin embargo, lo que esto significa en términos de control real aún no está clara debido a que las iniciativas están cargadas de una serie de tensiones. Además, los logros positivos no deben ocultar el hecho de que los pueblos indígenas Colombianos siguen enfrentando importantes estadísticas de violencia y la represión derivada de los múltiples conflictos que afectan al país.

En este trabajo se analiza la experiencia de las Empresas Promotoras de Salud Indígenas (EPS)).

Lo hace desde una perspectiva teórica que combina el análisis de la EPS desde una perspectiva de la atención de salud con un marco históricamente fundamentada respecto a los cambios en las relaciones Estado-sociedad y las ambigüedades creadas por las reformas neoliberales. En particular, se trata de comprender cómo las organizaciones populares utilizan la reforma institucional para sus objetivos. Examina las tensiones que surgen y las relaciones de poder en juego entre el Estado y otros actores, y evalúa las implicaciones de autogobierno indígena en la atención de la salud. Al hacerlo, se da luz sobre el hecho de que la atención sanitaria es otro escenario para las luchas contenciosas de poder, la cultura, la identidad y la ciudadanía.

Muestra	Se tomaron 36 referencias bibliográficas que analizan el modelo económico neoliberal adoptado en toda América Latina aproximadamente de los años 90 y la forma cómo las organizaciones populares utilizan la reforma institucional para sus objetivos.
Intervención y proceso medición	Se analiza la experiencia de las Empresas Promotoras de Salud Indígenas (EPS) desde una perspectiva teórica que combina el análisis de la EPS, las relaciones Estado-sociedad y las ambigüedades de las reformas neoliberales.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> -La implementación de las EPS indígenas aumentaron la influencia de las organizaciones indígenas colombianas. -La descentralización basada en modelos neoliberales han llevado a deberes y responsabilidades que habían sido asociados con individuos y grupos privados como las comunidades indígenas. -En Colombia nuestro sistema produce incentivos para la competencia sin fomentar la solidaridad como debiera de ser.
Discusión	<p>La experiencia de la EPS Indígena, plantea preguntas relevantes que merecen ser revisadas. La creación de EPS indígenas ha aumentado el control de los pueblos indígenas sobre sus recursos de atención de la salud, modos de práctica, y un mayor acceso y cobertura? ¿La creación de las EPS Indígenas fortaleció la capacidad de las organizaciones indígenas para el apalancamiento de recursos y alcanzar su autonomía? En otras palabras, la utilización de un espacio institucional como la EPS indígena significó un cambio en las poderosas relaciones en el juego entre el estado y otros jugadores, y cuáles son las tensiones y limitaciones asociadas a este sistema?</p> <p>A nivel teórico, la experiencia de la EPS da una luz sobre los efectos ambiguos de las reformas neoliberales en las sociedades latinoamericanas. Como sostienen diferentes estudios, el liberalismo ha sido un “arma de doble filo” en la que sus consecuencias profundamente negativas relacionadas con sus políticas, como economías de libre mercadeo y el retiro de políticas públicas y sociales, para un vasto sector de la población, sin embargo, provee el espacio y las condiciones para nuevas formas de</p>

organizaciones y movimientos populares.

Este enfoque analítico, más en sintonía con las contradicciones inherentes a toda la experiencia histórica, permite una evaluación más precisa de los logros, las deficiencias y las tensiones de la experiencia de las EPS indígenas de Colombia.

Por un lado, la creación de la EPS indígena parece haber contribuido a aumentar la influencia de las organizaciones indígenas colombianas.

Esto puede verse por ejemplo en el caso de la Asociación Indígena del Cauca (AIC), que se enmarca en la representación política de la Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC). CRIC también estimuló la creación de seis IPS con quien AIC contrata los servicios prestados. Debido a que la naturaleza política representativa del CRIC, las comunidades no son simplemente usuarios del sistema sino que a través del CRIC toman parte en los procesos de toma de decisiones relacionadas con la AIC y las seis IPS

Por otra parte el Gobierno y las estructuras operativas de las EPS indígenas aunadas a los diferentes servicios que se ofrecen a los grupos tradicionalmente marginados, parece desafiar la declaración de De Groot con respecto a que la " reforma Colombiana agravó esta situación de socavar los intentos de las personas para desarrollar los servicios de salud de la comunidad." La experiencia de la EPS sugiere también logros importantes que van más allá de la cuestión específica de atención de la salud. Sobre la base de sus derechos colectivos e individuales reconocidos por la Constitución de 1991, la EPS de indígenas Colombianos encaja en el análisis de Yashar acerca de cómo los movimientos indígenas en Latinoamérica son parte de la redefinición de la ciudadanía en términos de la inclusión de los pueblos indígenas como miembros de la nación colombiana, reconociendo su persona, y de los derechos colectivos y formas de mediación con el Estado, y que incluye derechos que no solamente tienen que ver con política sino también, civiles y sociales.

Si bien estos logros son innegables, en otros aspectos de la reforma del cuidado de la salud y la experiencia de las EPS indígenas también deberían mostrar los límites y los desafíos que enfrentan en cuanto a la consolidación de su energía. Una serie de cuestiones siguen siendo que no sólo restringen la autonomía de las organizaciones indígenas pero limita el potencial de mejora de la atención y cobertura, en última instancia, poner todo el sistema en

	<p>cuestión. En primer lugar, como se ha señalado, la descentralización en virtud de los modelos neoliberales ha pasado básicamente deberes y responsabilidades que habían sido tradicionalmente asociados con la indicar a los individuos y grupos privados, incluidas las comunidades indígenas.</p> <p>Esto se relaciona con el hecho de que el neoliberalismo va más allá de la política económica y social para constituir, en su esencia, un sistema de gobierno basado en concepciones que hacen hincapié al predominio y la autonomía de la persona.</p> <p>En este sentido, el poder ganado en términos de autonomía es contrarrestado por la fragmentación y las divisiones que estas reformas generan. En el caso de Colombia, en lugar de fomentar la solidaridad entre las EPS Indígenas, el sistema produce incentivos para la competencia (como debería esperarse de un sistema basado en un modelo de competencia administrada).</p>
Análisis Personal	<p>Aunque podríamos manifestar que se han logrado avances significativos en la inclusión de poblaciones marginadas en Colombia en lo referente a la seguridad social de estos grupos, la realidad es que aún existen barreras en la atención médica debidas a múltiples factores que merecen ser nombrados como son la falta de vías de acceso, la violencia, y la corrupción de las EPS indígenas que no es ajena a pesar que son conformadas por las misma poblaciones indígenas congregadas.</p>

ARTICULO 43

Título	<p>Una segunda oportunidad para la reforma a la salud en Colombia.</p> <p>Second chance for health reform in Colombia.</p>
Autor y Año	<p>Thomas C Tsai – 2010</p>

Ubicación del artículo (base datos)	www.thelancet.com Vol 375 January 9, 2010
Citación Bibliográfica del artículo	TSAI, Thomas C. Second chance for health reform in Colombia. The Lancet, 2010, vol. 375, no 9709, p. 109-110.
Objetivo del artículo	El artículo revisa y evalúa lo que se ha hecho y debería hacerse en la reforma de la salud para lograr su objetivo inicial: tener cobertura universal en la atención de la salud.
Palabras Clave	Reforma Cubrimiento Seguridad Social Esquema Contributivo Esquema Subsidiado
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Colombia se ha visto enfrentada a algunos obstáculos en sus intentos iniciales de reforma de la salud, en su lucha por hacer frente con costos altos, a problemas técnicos y la participación del público. Thomas C Tsai.</p> <p>Mientras que todos los ojos están puestos en las reformas de salud de EE.UU., Colombia ha estado reformando silenciosamente su sistema para tratar de lograr tener cobertura universal en la atención de la salud.</p> <p>Según la sentencia de la corte constitucional conocida como T-760, se suponía que el país conseguiría este objetivo en el año 2012 unificando los regímenes contributivo y subsidiado en un nuevo plan de salud de cubrimiento universal. Las reformas en octubre del último año, que demostraron beneficios logrando igualdad para todos los niños, independientemente de los ingresos de sus padres, llevaron al país a estar más cerca de este objetivo. Pero, a pesar de que esta cobertura aparenta ser una política beneficiosa para los Colombianos, ha elevado sustancialmente las críticas tanto por su alto costo como por la participación pública inadecuada en el diseño del plan de salud.</p> <p>El sistema Colombiano de seguridad social actual asegura a 41 millones de un total de 46 millones de habitantes.</p>

	<p>Desde 1993 a 2007, Colombia fue testigo de un aumento en el cubrimiento de la seguridad social en áreas urbanas y un aumento del 690% en las áreas rurales, de acuerdo con Teresa Tono, una ex consultora del Ministerio de la Protección Social. Sin embargo, esta rápida expansión de la seguridad social ha estado rodeada de preguntas acerca de la equidad entre los Colombianos empleados del sector formal que tienen acceso a mayores beneficios y los Colombianos con bajos ingresos.</p> <p>La reforma de la salud en 2009, hizo parte de largas discusiones durante dos décadas acerca de la naturaleza de la seguridad social en Colombia. Después de la reforma constitucional promulgada en 1991, Colombia se embarcó en una serie de reformas para ampliar la seguridad social a todos los ciudadanos. Antes de la reforma T-760 en 1993, la salud se fragmentó mediante la financiación de un sistema nacional de salud dependiente del Ministerio de Salud, un sistema de seguridad social dependiente del Ministerio de Trabajo y un sector privado vagamente regulado. Este sistema era inherentemente ineficiente e inequitativo, ya que Colombia tuvo el segundo mayor gasto en salud por cabeza en América Latina, a pesar del 25% de la población que carece de acceso a los servicios básicos y que los pacientes de altos ingresos utilizan un mayor porcentaje de los recursos, según la OMS.</p> <p>Las reformas de 1993 establecieron un programa de seguridad social universal supervisado por el Ministerio de Protección Social con un esquema contributivo y subsidiado. El esquema contributivo, conocido como Plan Obligatorio de Salud (POS), es financiado por un impuesto sobre la nómina o salario de los trabajadores formales y un impuesto a los empleadores. Las personas con bajos ingresos o trabajadores del sector informal están cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS) financiado por un subsidio del Gobierno. Los expertos cuestionan esta política de salud en cuanto a la equidad de esta división ya que el esquema contributivo tiene alrededor del doble de beneficios frente al esquema subsidiado.</p>
Muestra	Artículo de opinión que tomó en cuenta los cambios en el sistema de salud colombiano desde el año 1993 hasta 2007.
Intervención y	Se analizaron los principales cambios en salud en Colombia luego de la implementación de la ley 100 de

proceso medición	1993 hasta el 2007 dando como resultado la opinión del autor.
Resultados	<p>-41 millones de colombianos nos encontramos afiliados a algún régimen de salud.</p> <p>-En el 2008, se presentaron 143.000 tutelas, de las cuales muchas fueron negadas inclusive para tratamientos cubiertos por el plan de salud contributivo.</p> <p>-Aumento de la cobertura en salud para la población en general pero principalmente para niños y ancianos.</p> <p>-La nueva reforma debe plantearse no solamente de manera legítima sino que debe ser equitativa.</p>
Discusión	<p>El debate actual en relación con los méritos de la expansión de los beneficios reposa en parte en el rol del poder judicial en la determinación de las políticas de salud, que normalmente ha sido el ámbito de los legisladores y expertos del campo de la salud, de acuerdo con Leonardo Cubillos, director de la Gestión de la Demanda en Salud en el Ministerio de Protección Social.</p> <p>La Constitución de 1991 estableció la capacidad de los ciudadanos para presentar demandas, conocidas como tutelas, a la Corte Constitucional para proteger el derecho a la asistencia de salud. Solamente en el 2008, 143.000 tutelas fueron presentadas a la Corte, y muchas fueron negadas para tratamientos cubiertos por el plan de salud contributivo.</p> <p>Debido a la preocupación por el incumplimiento en el derecho al acceso a los servicios de salud, la Corte emitió la sentencia T-760 para unificar los beneficios en salud para todos los ciudadanos. La regla automáticamente extendió los beneficios en el esquema de seguro contributivo a la cobertura de las comunidades indígenas cubiertas por un subsidio del Gobierno hasta que el Ministerio de Protección Social cumpla con los plazos para diseñar un nuevo plan de seguridad social que revise la cobertura de los beneficios. Al parecer estos plazos, que expandirían el beneficio de los planes hacia los ciudadanos de escasos recursos, tendrían unos costos económicos bastante altos en los subsidios del Gobierno, explica Cubillos.</p> <p>En lugar de simplemente expandir la cobertura del POS hacia los Colombianos de escasos recursos, la filosofía de</p>

la sentencia T-760, aboga por una revisión de la forma en que los recursos en Colombia han estado tradicionalmente asignados para proporcionar un sistema de seguridad social equitativo y eficaz, según el expresidente de la Corte Constitucional Manuel José Cepeda. “Por el contrario, la sentencia T-760 ordenó un rediseño del plan de salud acorde con las prioridades de la salud e incluso autoriza que los servicios de prioridad baja sean excluidos de los planes actuales para poder incluir los servicios de alta prioridad que actualmente están excluidos.” Sin embargo, debido a que el rediseño de un nuevo plan de salud con la exclusión de tratamientos de alto costo no podía pasarse del 1º de octubre de 2009, como fecha límite, se extendieron los beneficios completos hacia los niños en el plan de subsidios del gobierno con la responsabilidad del Gobierno en los costos de esta expansión.

A menos que los funcionarios del Gobierno definan un nuevo paquete de beneficios unificado para los adultos, una expansión similar de los beneficios del POS para los adultos subsidiados, así como para los niños, tendría un costo astronómico, que se estima sea superior a los 6,5 trillones de pesos. “Colombia no tiene la capacidad para pagar por cada intervención de cada paciente, por lo tanto se deben establecer límites”, advierte Cubillos. “La perspectiva de los derechos humanos es importante, pero la expansión de los beneficios de salud también debe ser vista desde una perspectiva económica”.

En un intento por aplicar las resoluciones de la Corte para involucrar al público como parte de la reforma de la salud dispuesto por la sentencia T-760, los funcionarios del Gobierno dieron un primer paso el año pasado con la apertura de una encuesta en línea que involucraba a 3471 ciudadanos Colombianos. LA encuesta demostró que los encuestados pensaban que el nuevo POS debería incluir diagnósticos tempranos, tratamientos oportunos y rehabilitación (98%); atención a los niños (98%); atención a las mujeres embarazadas (97%); y tener atención preventiva (97%).

Sin embargo, este proceso ha sido fuertemente criticado por no seguir el proceso democrático y participativo previsto por los magistrados de la Corte Constitucional. “Teniendo en cuenta que la consulta ciudadana ha sido muy superficial, es poco probable que la Corte la tome en cuenta como una participación significativa y se logre una actualización y una unificación de los beneficios del plan de salud.”, indica Alicia Ely Yamin, JD MPH Directora Programa de Derechos de la Salud de la Mujer y los niños

(HRWC) en el Centro de Salud y Derechos Humanos, François-Xavier Bagnoud, de la Universidad de Harvard. Este cargo es infundado, según el Ministerio de Protección Social. Cubillos explica, “Nuestra encuesta inicial, aunque carece del nivel de detalle que se requiere para ser un proceso realmente informado, es un intento por acercar a los médicos con los usuarios, y a los usuarios más cerca de los médicos”. El Ministerio de Protección Social planea más intentos por conocer la opinión pública como “esta primera encuesta como primer paso que guiará futuras encuestas”.

Las reformas a la salud actuales dejan un alto volumen de tutelas sin resolver. Con un paquete de beneficios unidos, parecería que el impulso a la reforma pasaría de los tribunales a los asesores y tecnócratas de políticas de la salud del Ministerio de Protección Social. Sin embargo, Yamin advierte, “No es muy razonable esperar que el número de acciones de tutela disminuya. Si no hay mecanismos de regulación y supervisión interna efectivos, las tutelas van a seguir funcionando como la única válvula de escape”. A pesar de las recientes reformas, los rechazos en la cobertura aún ocurren ya que los prestadores de salud siguen siendo entidades privadas. De acuerdo con Yamin, la Corte Constitucional necesita ejercer “un alto nivel de escrutinio” para ver cómo se están implementado las reformas actuales a la salud.

Debido a que el Gobierno tiene un fondo para financiar las intervenciones que la Corte Constitucional considere pero sin cubrimiento del seguro, hay incentivos perversos por las aseguradoras para no expandir los servicios por su cuenta para incluir nuevas tecnologías y tratamientos, dejando una alta carga financiera para el Gobierno. Adicionalmente, Cubillos explica que las presiones externas de las tutelas en realidad podrían “distorsionar el proceso científico y de recolección de datos” de las políticas de salud. “A través de las acciones de tutela, los jueces han concedido la cobertura de intervenciones beneficiosas para el individuo pero de costo no efectivo para la sociedad. El sistema legal puede no tener experiencia o perspectiva para juzgar estas complejas decisiones sobre racionamiento de los recursos.”

A pesar de la controversia sobre la más reciente ronda de reformas de la salud, la mayoría de expertos en políticas de salud están de acuerdo en que ha habido un progreso real en Colombia. Antes de las reformas de 1993, únicamente el 25% de la población tenía seguros de salud, mientras que 16 años más tarde, más del 90% tienen

	<p>cubrimiento en salud, de acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud. El aumento ha sido mucho más notable para el 20% de la población menos favorecida, en la cual aumentó del 6% de cubrimiento en 1993 a estar por encima del 70% para el 2007.</p> <p>La pregunta más importante continúa siendo por el paquete de servicios unificados que se incluirán para los adultos. Basta con la ampliación de los beneficios del esquema contributivo a todos los adultos, como se hizo con los niños, que podría no ser una opción económicamente viable. El ex presidente del Tribunal Superior Cepeda advierte: "Si esto se hace también con el plan para los adultos, en lugar de demostrar un legítimo esfuerzo y un progreso real, rediseño racional y transparente del plan, dudo que el sistema de salud de Colombia reciba una verdadera segunda oportunidad en la reforma integral".</p> <p>Lo que eventualmente se diseñaría como beneficios integrales podría traer no solamente esfuerzo sino muchísimo tiempo. El Ministerio de Protección Social tiene que cumplir con un plazo: el mandato de la Corte Constitucional, de acuerdo con Cubillos. La experiencia Colombiana muestra una lección importante para la formulación de políticas de salud, no sólo la reforma tiene que producirse a través de un proceso legítimo, sino que también debe producir un paquete de beneficios equitativos.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>La falta de una reforma profunda y la persistencia de intereses de personajes poderosos en Colombia con iguales ambiciones que en el pasado nos hacen pensar que la situación de inequidad en salud seguirá perpetuándose sin remedio: Es absurdo pensar que con un cambio nominativo de EPS a Gestora o que con la nueva intervención de alcaldes y gobernadores en las contrataciones con IPS puedan mejorar el oscuro panorama que vivimos los colombianos en lo referente a la seguridad social.</p>

ARTICULO 44

<p>Título</p>	<p>Reforma de salud en Colombia: Falsos debates, imperativos reales.</p>
----------------------	--

	Colombia's health reform: false debates, real imperatives.
Autor y Año	Alicia Ely Yamin, E Londoño, R Darío-Gómez (2010)
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60341-8/fulltext
Citación Bibliográfica del artículo	Yamin, Alicia Ely. Colombia's health reform: false debates, real imperatives. The Lancet, 2010, vol. 375, no 9717, p. 803.
Objetivo del artículo	Este artículo demuestra cómo, mientras más recursos públicos se canalizan hacia el sector privado de la salud, las fallas estructurales de la reforma permanecen intactas.
Palabras Clave	Fosyga Sentencia T-760 Ley 100 POS
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>En el informe mundial de Thomas Sai (09 de enero, p 109), Leonardo Castillo postula un conflicto entre el “proceso impulsado por los datos” de la formulación de políticas de salud y el derecho a la salud aplicadas por los tribunales Colombianos, sobre la base de casos individuales. Aunque las órdenes judiciales, sin duda han dado como resultado el pago de costos sustanciales, la mayoría de beneficios forzados que las organizaciones de mantenimiento de salud deberían estar proporcionando bajo el Plan Obligatorio de Salud (POS).</p> <p>Otra parte importante de la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha aclarado las partes “grises” mal definidas en el POS. Por otra parte, los actores de todas las corrientes políticas en Colombia coinciden en que el POS no se basó en datos epidemiológicos mencionados anteriormente ni en análisis actuariales exhaustivos, ni tampoco estableció la priorización de los tratamientos sobre criterios basados en costo-beneficio. No hay duda que el sistema de salud en Colombia se enfrenta ahora a una crisis profunda. De conformidad con la declaración de un estado de emergencia en Diciembre del 2009, el</p>

	<p>Gobierno ha adoptado algunas medidas paliativas importantes incluyendo la inyección de más recursos en el sistema. Sin embargo, aún es necesario implementar las reformas estructurales exigidas por la Corte Constitucional en la sentencia T-760/08.</p> <p>La sentencia T-760/08 que exigió la cobertura universal y la unificación de los esquemas de beneficios desiguales bajo el POS, los cuales fueron previstos en la Ley 100; lejos de pedir la equiparación, la sentencia T-760/08 instó por un proceso integral, basado en la evidencia y un proceso participativo para revisar el contenido del POS. Es imprescindible, para la estabilidad del sistema, que el Gobierno adopte un proceso como este, incluyendo la garantía de la participación significativa de una amplia gama de actores de la sociedad civil.</p>
Muestra	El autor analiza cambios dados en el sector salud desde la reforma de 1993 hasta el 2009 en Colombia apoyado en las principales sentencias dadas por el gobierno y el estado de emergencia declarado en el 2009.
Intervención y proceso medición	N/A
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> -Se evidenció diferencias importantes entre las coberturas de los seguros y los de la asistencia sanitaria en Colombia. -Se observó aumento en el número de tutelas por servicios ya contemplados en el POS. -Desvío de grandes sumas de dinero destinados a la salud a través de intermediaciones y entes privados. -El gobierno está creando nuevos impuestos y aumento en los copagos para los más pobres, con el fin de poder pagar los 450 millones que las compañías del sector privado le deben al Fosyga. -No se está poniendo control al desembolso de dineros al sector privado supuestamente para la salud.
Discusión	<p>El informe mundial de Thomas Tsai muestra algunas contradicciones fundamentales en el sistema de salud en Colombia.</p> <p>En primer lugar, la diferencia entre la cobertura del seguro de salud y la cobertura de la asistencia sanitaria. Si bien el Gobierno afirma una extensión impresionantes de la</p>

	<p>cobertura del seguro de salud, cientos de miles de tutelas han sido llevadas han sido presentadas en la Corte Constitucional por ciudadanos en busca de las intervenciones de salud que necesitan y les fueron negadas por sus prestadores de salud privados. Estas negaciones imponen sufrimiento, complicaciones médicas, discapacidad y hasta la muerte de afiliados a la compañía de seguros. En segundo lugar, a pesar de los altos costos, de estas intervenciones se invoca como motivo de negación, la inflación artificial de los costos administrativos y la intermediación, que absorbe del 25 al 30% de los recursos del sistema de salud permitiendo la expansión potencial de las empresas prestadoras de salud. Hoy en día, algunas de ellas están consideradas como uno de los negocios más importantes del país.</p> <p>Tercero, debido a que la sentencia T-760 de la Corte Constitucional obligó al Gobierno a garantizar el derecho a la asistencia de salud para todos los colombianos, las deficiencias de las empresas prestadoras de salud privadas en sus obligaciones en atención de salud están pagadas por el Fondo estatal de Solidaridad y Garantía (Fosyga). Esta situación ha dado lugar a un fuerte aumento en el gasto público. Un decreto reciente del Gobierno declaró una “emergencia social” debido a la crisis de financiación de la salud. En lugar de poner límites en el lucrativo negocio de los seguros de salud, se han creado nuevos impuestos y se incrementarán los copagos para los más pobres, con el fin de poder pagar los 450 millones que las compañías del sector privado le deben al Fosyga. Mientras más recursos públicos se canalizan hacia el sector privado, las fallas estructurales de la reforma permanecen intactas.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>El artículo habla por sí sólo y no requiere de mucho análisis de nuestra parte, ya que como lo menciona, la ampliación de cobertura no implica mejor accesibilidad a los servicios de salud y aunado al hecho que las EPS (organizaciones en la mayoría de caso privadas) explotan un negocio supremamente lucrativo, sin que se vea reflejado en la atención de los usuarios, además es contundente en afirmar que los descatos descargados de las por parte de los aseguradores vulneran de manera ilegal los derechos fundamentales de los colombianos.</p>

ARTICULO 45

Título	<p>Impacto de la creciente cobertura de la seguridad social en las diferentes causas de la mortalidad: la reforma de la salud en Colombia.</p> <p>The Impact of Increasing Health Insurance Coverage on Disparities in Mortality: Health Care Reform in Colombia, 1998–2007</p>
Autor y Año	<p>Iván Arroyave, Doris Cardona, Alex Burdorf, Mauricio Avendano (2013).</p>
Ubicación del artículo (base datos)	<p>American Journal of Public Health March 2013, Vol 103, No. 3</p>
Citación Bibliográfica del artículo	<p>Arroyave, Iván., Cardona, Doris., Burdorf, Alex, Avendano, Mauricio. The Impact of Increasing Health Insurance Coverage on Disparities in Mortality: Health Care Reform in Colombia, 1998–2007. American journal of public health, 2013, vol. 103, no 3, p. e100-e106.</p>
Objetivo del artículo	<p>Examinar el impacto de la ampliación de la cobertura de seguridad social sobre las disparidades socioeconómicas en la mortalidad total y por enfermedad cardiovascular entre 1998 y 2007 en Colombia.</p>
Palabras Clave	<p>Mortalidad Cobertura de salud Reforma Nivel Educativo Régimen Contributivo Régimen Subsidiado</p>
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento)	<p>La reciente reforma de salud en los Estados Unidos ha generado un debate sobre el impacto potencial de la ampliación de la cobertura de la seguridad de social en materia de acceso a la atención y las disparidades en la atención de la salud. Las personas con menor nivel</p>

<p>problema)</p>	<p>socioeconómico tienen un mayor riesgo por muchas condiciones y por lo tanto son más propensos a beneficiarse de una expansión de la cobertura del seguro de salud. Anteriores estudios en los Estados Unidos han sugerido que la falta de seguro de salud se asoció con un mayor riesgo de mortalidad posterior en todos los grupos socioeconómicos. Sin embargo, poco se sabe sobre el impacto de la cobertura de seguro de salud en la mortalidad de acuerdo a las diferencias socioeconómicas después de una importante expansión en la cobertura del seguro. En 1993, el Gobierno Colombiano implementó una importante reforma del sistema de salud que introdujo el seguro de salud obligatorio. Como resultado, la cobertura aumentó del 47% en 1994 al 98% en 2010. Aunque el contexto social y económico de Colombia difiere sustancialmente del de los Estados Unidos, las lecciones de la reforma Colombiana pueden dar una luz sobre el impacto potencial del incremento en la cobertura de los seguros de salud de Estados Unidos y los países de renta media que en la actualidad buscan ampliar la cobertura del seguro. Un resultado deseable de la ampliación de la cobertura es tener un mayor impacto en la salud de las personas de escasos recursos y contribuir a la reducción de las desigualdades en la salud. La reforma en Colombia estableció un esquema de subsidios focalizados a las personas de escasos recursos, la asignación de los ciudadanos a alguno de los 2 esquemas de acuerdo con sus ingresos mensuales: el régimen contributivo, que cubre a los trabajadores y sus familias con ingresos por encima del salario mínimo y se financia a través de la nómina y las cuotas de los empleadores, y el régimen subsidiado, que cubre a las personas de escasos recursos.</p>
<p>Muestra</p>	<p>Se limitó la muestra a edades entre 25 y 64 años, ya que el interés del estudio es la mortalidad en la edad adulta. Además, los datos sobre el nivel educativo de los registros de defunción han demostrado ser poco fiables en las edades superiores a los 65 años, lo que podría dar lugar a estimaciones sesgadas. Se obtuvieron datos sobre la población con el siguiente procedimiento: En primer lugar, se obtuvieron datos de la proporción de individuos en cada nivel educativo, de la base de datos de la Organización Internacional de Investigación Científica Multidisciplinaria y el Instituto de Demografía de Viena (IIASA / VID). Esta base de datos contiene información sobre la distribución de la educación para cada grupo de 5 años, género y</p>

	<p>combinaciones de cada 5 años para el período entre 1970 y 2010, obtenida a partir de censos, encuestas nacionales, y proyecciones demográficas para 120 países.</p> <p>En segundo lugar, se obtuvieron datos del conteo de la población anual para toda la población en Colombia, a partir de censos y proyecciones estadísticas de la oficina nacional de estadística.</p> <p>En tercer lugar, se estimó la población anual en cada grupo educativo multiplicando la proporción de individuos en cada una de las categorías educativas obtenidas del IIASA / y la base de datos de VID de la población, tomados del censo realizado a nivel nacional y proyecciones estadísticas. La Base de Datos IIASA / VID contenía distribuciones de educación cada 5 años solamente.</p> <p>Luego se combinaron datos de población con datos sobre las muertes tras obtener una completa base de datos de mortalidad según el nivel educativo.</p> <p>Se reclasificaron los niveles educativos nacionales en 3 categorías según el nivel educativo más alto. Estos niveles corresponden aproximadamente a las siguientes categorías del sistema educativo de los Estados Unidos (en referencia al nivel más alto alcanzado):</p> <p>Primerio (escuela elemental o primaria), secundaria (diploma de la escuela secundaria), y la educación terciaria (educación superior después de la secundaria incluyendo universidad).</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Se utilizó la regresión de Poisson para analizar los datos de los registros de mortalidad (633.905 defunciones) vinculadas a los datos del censo poblacional. Se utilizó la relación entre el índice de desigualdad de comparar las diferencias en la mortalidad por la educación entre períodos de crecimiento moderado (1998-2002) y el aumento acelerado (2003-2007) en la cobertura de la seguridad social.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Las disparidades de la mortalidad por la educación se ampliaron con el tiempo. Entre los hombres, el índice relativo de desigualdad aumentó de 2.59 (95% de intervalo de confianza IC = 2.52, 2.67) entre 1998 y 2002 a 3.07 (IC del 95% = 2.99, 3.15) entre 2003 y 2007, y entre las mujeres, a partir de 2,86 (IC del 95% = 2,77, 2,95) a 3,12 (IC del 95% = 3,03, 3,21), respectivamente. Las disparidades aumentaron anualmente en un 11% en hombres y en un 4% en las mujeres entre 1998 y 2002,</p>

	<p>mientras que se incrementaron en un 1% en los hombres por año, se mantuvo estable entre las mujeres en el período entre 2003 y 2007.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Este análisis sugiere que existen grandes desigualdades en la mortalidad por nivel educativo en Colombia, que se ampliaron considerablemente durante el período posterior a la reforma de la salud, y las mayores reducciones en la mortalidad se dieron entre las personas con nivel educativo universitario.</p> <p>Sin embargo, las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad se ampliaron significativamente menos durante un período de rápida expansión en la cobertura del seguro, en comparación con un período de moderado aumento en la cobertura. Los resultados sugieren que la expansión de la cobertura del seguro puede no eliminar las desigualdades en el corto plazo, pero a largo plazo, pueden contribuir en parte para poner freno a las crecientes disparidades en la mortalidad.</p> <p>Del mismo modo, un estudio reciente estimó que el 26% de los colombianos con nivel educativo bajo en edades entre los 25 y 50 años tienen al menos un factor de riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, en comparación con el 5.9% de los que tienen un título universitario. A pesar de los posibles beneficios, varios estudios apoyan la hipótesis de que el seguro médico es sólo 1 entre muchos factores determinantes de las desigualdades en salud y mortalidad. Las desigualdades en los factores conductuales de riesgo, el bienestar psicosocial, el estatus socioeconómico de los padres, y las circunstancias en las que se vive la infancia, pueden contribuir a disparidades en la mortalidad. Además, la reforma de salud puede no haber sido suficiente para frenar las tendencias autónomas en los factores de riesgo de enfermedades crónicas que resultan de los cambios de estilo de vida hacia estilos de vida más sedentarios y con obesidad. Las desigualdades socioeconómicas en los determinantes de la mortalidad como la pobreza, las condiciones de vida y las condiciones de trabajo también pueden haber contribuido a aumentar estas desigualdades.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Es evidente desde el artículo mismo y desde nuestra perspectiva las persistentes desigualdades en lo referente</p>

	a la mortalidad según el nivel educativo y el estrato social en Colombia. La falta de oportunidades, las faltas de vías de comunicación, la falta de hospitales en sitios geográficamente alejados favorecen estas circunstancias.
--	--

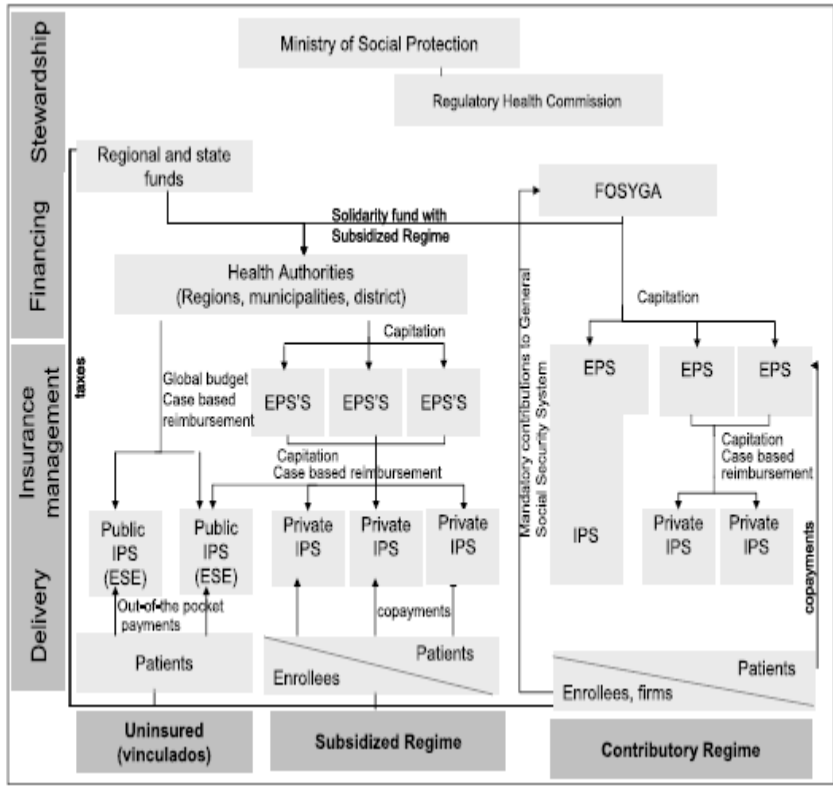
ARTICULO 46

Título	<p>Barreras de acceso a la atención médica en un modelo de competencia administrada: lecciones de Colombia</p> <p>Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia.</p>
Autor y Año	Ingrid Vargas, María Luisa Vázquez, Amparo Susana Mogollón-Pérez, Jean-Pierre Unger (2010)
Ubicación del artículo (base datos)	Vargas et al. BMC Health Services Research 2010, 10:297 http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/297
Citación Bibliográfica del artículo	Vargas, Ingrid, Vázquez, M. Luisa, Mogollón-Pérez, A. Susana, Unger, Jean Pierre. Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia. BMC health services research, 2010, vol. 10, no 1, p. 297.
Objetivo del artículo	<p>El objetivo de este estudio es mejorar la comprensión de los factores que influyen en el acceso a la continuidad de la atención en el modelo Colombiano de competencia administrada, desde el punto de vista de los actores sociales.</p> <p>La reforma del sector de la salud en Colombia, iniciada por la Ley 100 de 1993, que introdujo un modelo de competencia administrada, en general se presenta como una experiencia exitosa en el deseo de mejorar el acceso a la atención a través de un mercado regulado de seguridad de salud .</p>
Palabras Clave	Ley 100

EPS
 IPS
 ESE
 Fosyga
 POS

**Conceptos
 manejados en el
 artículo
 (Introducción-
 planteamiento
 problema)**

El modelo de competencia gestionada es una de las reformas promovidas en las últimas décadas en América Latina, en respuesta al objetivo de mejorar la equidad y la eficiencia de los sistemas de salud. Se ha caracterizado por la introducción de un mercado regulado de la seguridad social para corregir las fallas del mercado. Bajo competencia administrativa, las compañías de seguros, son responsables de proporcionar o coordinar la prestación de servicios de salud para sus afiliados, a través de sus propios prestadores de salud o por medio de prestadores contratados. La experiencia en Colombia es considerada como uno de los primeros ejemplos de la aplicación de la competencia administrada en un país de bajos ingresos.



La figura muestra el modelo de competencia administrativa en el sistema general de salud en Colombia.

Términos utilizados:

	<p>Fosyga: Fondo de Solidaridad y Garantía EPS: Empresa Promotora de Salud EPS'S: Empresa Promotora de Salud Subsidiada IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud ESE: Empresa Social del Estado</p>
<p>Muestra</p>	<p>Hay 2 áreas de estudio: una urbana (Ciudad Bolívar, Bogotá, D.C.) y una rural (La Cumbre, Valle del Cauca) con 628.672 y 11.122 habitantes respectivamente.</p> <p>En el primero, está presente una amplia gama de compañías de seguros, mientras que en el segundo sólo una compañía de seguros subsidiados se encuentra presente. En ambas áreas la mayoría de la población vive en la pobreza. En el área urbana, la cobertura del régimen subsidiado es ligeramente menor que en el área rural (30% frente a 37,5%), mientras que el porcentaje de los afiliados del régimen contributivo es notablemente más alto (43,7% frente a 9,7%). El resto de la población permanece sin seguro (26,3% y 47,2% respectivamente).</p> <p>El diseño del estudio fue de tipo cualitativo, exploratorio y descriptivo-interpretativo, basado en un caso de estudio de cuatro redes de servicios de salud. El caso de estudio ofrece una amplia información sobre el fenómeno - el acceso a la atención en el modelo de competencia logrado en Colombia - Sobre la base de casos individuales.</p> <p>Los primeros factores distintivos que influyen en el acceso a la atención de la salud relacionada con las políticas de salud, son las características de los servicios de salud, recursos y organización y población afiliada.</p> <p>Un ejemplo teórico fue seleccionado en 3 etapas: Primero, Casos de estudio: redes de atención en salud para ambos regímenes de salud, tanto en áreas rurales como urbanas. Segundo: Los prestadores de salud públicos y privados con diferentes niveles de atención y con diferentes relaciones con la compañía aseguradora. Tercero: Informantes o encuestados; buscando una variación en el discurso: a) usuarios asegurados y usuarios no asegurados, con edad superior a los 18 años. B) Profesionales de la salud y administradores con al menos un año de experiencia; y c) gerentes de los prestadores de salud y usuarios no asegurados.</p> <p>El tamaño final de la muestra, estuvo entre 24 y 61 encuestados por caso de estudio.</p>

Intervención y proceso medición	<p>Un estudio exploratorio, descriptivo e interpretativo fue llevado a cabo, basado en casos de estudio de 4 redes de cuidados de salud en áreas rurales y urbanas. Entrevistas individuales semi estructuradas fueron realizadas bajo un modelo teórico de 3 etapas: I) casos, II) prestadores e III) informantes o entrevistados: usuarios afiliados y no afiliados (35), profesionales de la salud (51), personal administrativo (20), prestadores de salud (18) y administradores de seguros (10). Se realizó un análisis de contenido narrativo, segmentado en casos, grupos de entrevistados y temas.</p>
Resultados	<p>El acceso, particularmente al cuidado secundario, es calificado como complejo debido a 4 grupos de obstáculos con efectos sinérgicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diseño de seguridad segmentada con una cobertura de servicios insuficientes; la atención de salud administrada y mecanismos de pago; redes estructurales de prestadores de salud y limitaciones organizacionales; y condiciones extremas de pobreza. Las variaciones llegan a ser aparentes entre las dos áreas geográficas y sus esquemas de seguridad. En las áreas urbanas las barreras están relacionadas con el funcionamiento del mercado dominante, a diferencia de las áreas rurales que tienen estructuras deficientes en servicios de salud. Mientras que los obstáculos financieros son dominantes en el régimen subsidiado, en el esquema contributivo se suplen las prevalencias relacionadas con insuficientes inversiones privadas.
Discusión	<p>Aun cuando el objetivo principal de introducir una competencia administrada en Colombia es mejorar el acceso a la atención en salud, los resultados muestran barreras importantes para acceder a una atención continua. Estos obstáculos no se deben únicamente a los factores que usualmente se tienen en cuenta en los marcos de trabajo conceptuales, para acceder a los servicios, sino también, y mucho más importante, a las características del diseño de la seguridad social y la presencia de compañías de seguridad.</p> <p>Los resultados muestran cómo la estructura del Sistema de salud en Colombia y las barreras organizacionales para acceder a los servicios, son comunes en países desarrollados y se provee evidencia para cuestionar la</p>

	promoción de la competencia administrativa para países con pocos y medianos ingresos.
Análisis Personal	El estudio es categórico a demostrar que existen barreras importantes para el acceso en la atención en salud en Colombia y lo que es más claro afecta a la población más pobre. Otra circunstancia que es grave es la falta de continuidad en la atención por limitaciones organizacionales de los hospitales y su falta de integralidad.

ARTICULO 47

Título	The quest for equity in Latin America: a comparative analysis of the health care reforms in Brazil and Colombia. La búsqueda de la equidad en América Latina: un análisis comparativo de las reformas de la atención de salud en Brasil y Colombia.
Autor y Año	Roberto JF Esteves. 2012
Ubicación del artículo (base de datos)	Google scholar
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver	Esteves, Roberto. "The quest for equity in Latin America: a comparative analysis of the health care reforms in Brazil and Colombia." Int J Equity Health 11.6 (2012).
Objetivo del artículo	Realizar la evaluación de la consecución de determinados funcionamientos de salud, a saber: tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad de menores de cinco años, la tasa bruta de mortalidad y la esperanza de vida. Logrados con las reformas de salud realizadas en Colombia y Brasil.
Palabras Clave	Brasil

	<p>Colombia Reforma de la atención de salud Equidad Política de salud</p>
<p>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</p>	<p>La capacidad de la salud representa la capacidad de un individuo para lograr ciertas funcionalidades relacionadas con la salud y la libertad de alcanzarlos.</p> <p>Bajo el régimen militar el sistema de salud en Brasil estaba dividido en sistema público y privado, con mayor fortaleza en las instituciones privadas, dado que la antigua constitución mandaba que el estado sostuviera el sistema privado, llevando esto a fraudes y a una iliquidez del sistema con la subsecuente crisis.</p> <p>En oposición a las fuerzas de privatización, múltiples grupos sociales y basados en la directriz de las facultades de medicina y de la Iglesia Católica, en busca del fortalecimiento de la salud pública, tenían un fuerte compromiso a la democratización, la descentralización y de-medicalización (es decir, la promoción de la atención primaria basada en la comunidad y la apertura de la práctica clínica a los proveedores de atención de la salud aparte de los médicos).</p> <p>Fue por esto que la reforma se sustentó en la medicina social, en busca de una medicina preventiva, con fortalecimiento de la Salud pública y como derecho fundamental dentro de la constitución política, ha permitido la participación ciudadana y de diversos grupos poblacionales dentro del diseño e instauración de políticas de mejora.</p> <p>El sistema de salud en Brasil se mezcla y segmenta en dos subsistemas: uno público y otro privado, con flujos de financiación independiente. El subsistema público tiene dos segmentos: uno proporciona acceso universal y gratuita (todo los ciudadanos tienen derecho), financiado en su totalidad por parte del recurso público (impuestos generales y cargas sociales obligatorias), llamado Sistema Único de Salud (Sistema Único de Saúde - SUS, en portugués), y el otro se limita a empleados públicos (principalmente militares y civiles de alto rango), y es financiado por un modelo de seguro social tradicional basado en las contribuciones de los empleados públicos y el gobierno federal. Todo regulado por el gobierno y con condiciones especiales que protegen al ciudadano.</p> <p>El viejo sistema de salud en Colombia fue un sistema</p>

	<p>trinivel, compuesto por un sector público, uno social, y los seguros privados. El Sector Público se proporcionó al público dentro del Sistema Nacional de Salud y financiado a través de impuestos generales. Se desarrolló considerablemente entre 1975 y 1984, cuando experimentó un gran aumento en el número de hospitales, centros de salud y personal. Sin embargo, la crisis fiscal de 1982 redujo la asistencia sanitaria pública, gastos del 8 % del presupuesto nacional a menos del 4% en los años siguientes. La cobertura se dirigió a aquellas personas sin trabajo formal y que no contaban con recursos para un seguro privado, alcanzando el 27% de la población y 28% con coberturas parciales. El sector de la seguridad social proporcionaba cobertura a un 15% de la población a través del Instituto de Seguridad Social de Colombia, de la cual solo el 50% realizó los aportes necesarios, para la sostenibilidad del sistema, teniendo en cuenta además sistemas para poblaciones especiales como los militares, Ecopetrol y Maestros.</p> <p>La Reforma del sistema de salud de Colombia fue tanto un producto de la influencia internacional de los actores, como el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud ya que era parte de una agenda de modernización iniciado por la rama ejecutiva nacional. Con asesores netamente administrativos y economistas, con ideas modernas a nivel mundial de mercantilismo y competencia de mercados.</p>
<p>Muestra</p>	<p>Indicadores en salud de Colombia y Brasil.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Se analizaron y compararon los indicadores en salud para los dos países, utilizando una base de datos transnacional de los indicadores sociales elaborado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y de la base de datos producida por el Banco Mundial.</p> <p>Las cuatro medidas de resultado primarias (variables dependientes) en este estudio fueron la tasa bruta de mortalidad (TBM - el número de muertes en un año determinado, dividido por 1.000 habitantes) , la tasa de mortalidad infantil (TMI - el número de muertes de niños menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos nacimientos) , la tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5 - el número de las muertes de niños menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos</p>

	<p>), y la esperanza de vida al nacer (LEXP – la promedio de vida útil prevista medido en años). La principal variable de control fue el producto interno bruto (PIB) per cápita , convertido a dólares EE.UU. constantes de 2000) , la tasa de fertilidad (número de nacimientos por mujer), la población crecimiento (porcentaje de crecimiento anual) y la población rural (porcentaje de la población que vive en zonas rurales) .</p> <p>El primer paso en este análisis fue que decidir qué intervalo de tiempo sería utilizad, en vista de varias lagunas en los datos, un intervalo de 5 años fue elegido , que abarca el período 1960-2005. Posteriormente, cuando los datos de cualquier punto de tiempo específico faltaban, el respectivo valor se estimó a partir de un promedio de cinco años de años adyacentes. Como resultado, un total de 10 observaciones se obtuvieron para cada país para cada variable.</p> <p>El segundo conjunto de variables de resultado (ABSSI_CMR, ABSSI_IMR, ABSSI_U5MR y ABSSI_LEXP) se calculó comparando el valor real del indicador original para cada uno de los dos países en contra del valor promedio óptimo para América Latina y el Caribe</p> <p>con el fin de obtener el déficit de la desigualdad absoluta para cada país en cada período de tiempo dado.</p> <p>Por último, con el fin de evaluar la reforma, se crearon dos variables. La primera fue creada para representar ya sea un momento determinado antes o después (pre / post) de las reformas de la atención sanitaria. La segunda fue creada para representar el número de años transcurrido desde las reformas. Los años en los que se promulgaron importantes cambios legislativos (1988 y 1993, respectivamente, para Brasil y Colombia) se definieron como los puntos de quiebre para cada serie temporal país.</p>
<p>Resultados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tasa bruta de mortalidad: ambos países mostraron disminución, pero la disminución de la desigualdad ha fluctuado y se ha enlentecido en las últimas dos décadas. Mostrando mayor efecto en Colombia en cuanto al descenso en el resultado. - Tasa de mortalidad infantil: ambos países lograron reducir sus respectivas tasas, pero que la reducción de la desigualdad déficit fue proporcionalmente más intensa en Brasil que en Colombia, a pesar de que Colombia siempre ha mantenido una tasa más baja.

	<p>Mediante el resto de análisis se observa que el impacto de las reformas no es significativo para los resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> - El análisis gráfico de los datos de tendencia de series de tiempo para tasa de mortalidad de menores de cinco años exhibe una disposición similar a la que para la tasa de mortalidad infantil. En vista de que la tasa de mortalidad de menores de cinco años abarca la tasa de mortalidad infantil, tal perspectiva es una sorpresa. Por otro lado, lo que fue inesperado fue el hecho que la brecha entre Brasil y Colombia parece ser cerrando aún más rápido que en el caso de la mortalidad infantil. Si el esquema actual se mantiene, Brasil pronto podría tener una tasa inferior a Colombia - Esperanza de vida: ambos países mejoraron consistentemente las expectativas de vida de sus poblaciones, aunque el Brasil parece haber avanzado a un poco tasa superior a Colombia.
<p>Discusión</p>	<p>Muchos países de América Latina han experimentado sustanciales reformas de sus sistemas de atención de salud en los últimos veinte años. Midiendo su impacto en los resultados de salud es crucial para entender qué tan efectivos han sido en el logro de sus objetivos declarados [29-31] de la promoción mejor acceso a los servicios de atención de la salud, la seguridad financiera y la reducción de las inequidades en salud.</p> <p>A la fecha, la mayor parte de evaluaciones de esas reformas se han limitado los análisis basados en la sección transversal de datos nacionales. La desventaja de esta metodología es que no controla adecuadamente las tendencias subyacentes existentes temporales presentes en las variables de interés en el tiempo en que se promulgaron las reformas. Por otra parte, las comparaciones entre los países son difíciles de evaluar sobre la base de esos estudios individuales ya que a menudo implican diferentes definiciones de variables, períodos diferentes de tiempo y métodos de encuesta.</p> <p>Los resultados de los análisis de los valores de línea de base de cada país mostraron que, si bien ambos tuvieron éxito en la mejora de los indicadores a lo largo del período de tiempo del análisis, El impacto de las reformas en el cuidado de la salud fue mucho menos tangible. Los años después de la reforma a menudo veía la desaceleración del ritmo de mejoras en ambos países para todas las variables analizadas.</p>

	Persiste el problema de déficit de información por periodos de tiempo
Análisis Personal	<p>Este artículo da una mirada completa y esclarecedora de los sistemas de salud mencionados, en nuestro caso interesa la comparación con el país vecino, pero interesa conocer ampliamente el histórico de hechos que han llevado evolutivamente al sistema actual. En los años anteriores a la ley 100 contábamos con un sistema inequitativo, ineficiente y con muy baja cobertura, en palabras comunes, la población en general no contaba con un adecuado acceso a los sistemas de salud y para hacerlo había que contar con dinero de bolsillo para cubrir los gastos.</p> <p>La detalles en la historia nos muestran las bases estructurales del actual sistema de salud, unas bases diseñadas y moldeadas por políticas netamente económicas.</p> <p>A pesar del hecho que mientras la constitución brasileña tiene su sistema de salud como un derecho fundamental, en nuestro país es un servicio público, es decir el estado no está obligado a protegerlo y asegurar que llegue a cada ciudadano, al contrario es evaluado en términos de rentabilidad, mas no en resultados de salud sobre la población.</p> <p>Aun así, los resultados presentados en el trabajo muestran que las reformas no generaron el impacto esperado sobre las variables analizadas, esto puede ser debido a múltiples factores externos que no pueden ser controlados, además persiste la dificultad de déficit en la información y dificultad para estandarizarla y con esto mejorar el análisis de ella.</p> <p>De todas maneras, de acuerdo a lo reportado en el análisis, Brasil lleva la delantera en cuanto a políticas sociales y mejoría en las tasas analizadas.</p>

ARTICULO 48

Titulo	Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Colombia
---------------	---

Autor y Año	Lucía Mina Rosero, consultora de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Abril 2013
Ubicación del artículo (base datos)	Google scholar Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver	Rosero, Lucía Mina, et al. "Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Colombia." CEPAL Review (2013).
Objetivo del artículo	Este informe es parte de una serie de estudios de caso nacionales cuyo propósito es difundir el conocimiento sobre la situación actual de los sistemas de protección social en los países de América Latina y el Caribe, así como discutir los principales desafíos en este ámbito en términos de la realización de los derechos económicos y sociales de la población y el logro de los objetivos de desarrollo claves, tales como la superación de la pobreza y el hambre.
Palabras Clave	Protección social América Latina
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La protección surge como un eje conceptual que pretende integrar una variedad de medidas orientadas a construir sociedades más justas e inclusivas, y a garantizar niveles mínimos de vida para todos. La Ley 789 de 2002 define el sistema de protección social colombiano como un conjunto de acciones públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida de la población. En particular, esta ley se propone garantizar los derechos a la salud, pensión y trabajo. Por lo tanto, el sistema de protección social está estructurado alrededor de los siguientes componentes: i) el Sistema General de Seguridad Social Integral, que gestiona acciones en el área de salud, pensiones y cuidados para los adultos mayores; ii) el Sistema Nacional de Bienestar

Familiar, coordinado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF); iii) el Sistema de Protección Laboral; iv) el Sistema de Formación Profesional del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y v) el Sistema de Compensación Familiar orientado a mejorar las condiciones de vida de los afiliados a cajas de compensación de bajos ingresos.

En la Constitución de 1991, el gasto social adquirió prioridad fiscal, tanto como porcentaje del gasto público total como porcentaje del PIB. El gasto social representaba en 1990 el 6% del PIB, mientras que entre 2003 y 2008 fue del 13%

En Colombia, el acceso a los servicios de salud está garantizado a través de un régimen contributivo y otro subsidiado. Ambos están coordinados y regulados por el Ministerio de Protección Social.

El **régimen contributivo** está diseñado para personas con cierta capacidad de pago - incluyendo trabajadores formales e independientes, empleadores y pensionados.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) son las instituciones encargadas de gestionar las afiliaciones al régimen, que luego contratan los servicios de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Los beneficios de salud también son extensibles a las familias que dependen de la persona que cotiza al régimen contributivo.

El **régimen subsidiado** mientras tanto, proporciona atención a las personas que no cuentan con capacidad de pago, pertenecientes a los dos primeros niveles del SISBEN o que viven en situación de vulnerabilidad, como las personas y familias en situación de desplazamiento o perteneciente a comunidades indígenas. La población en el nivel tres del SISBEN puede tener un acceso parcial al subsidio.

El aseguramiento a uno de los dos regímenes permite el acceso al paquete de servicios médicos o a un plan obligatorio de Salud (POS).

Los afiliados del régimen contributivo deben incurrir en los copagos y cuotas moderadas, los cuales consisten en pagos para servicios de salud como medida para moderar su demanda y promover su buen uso, calculadas en función de los ingresos de los afiliados. A los beneficiarios del régimen subsidiado solo se cargan cuotas moderadas si están clasificados en los niveles dos y tres del SISBEN. Los recursos recaudados a través de estos instrumentos son usados para financiar los dos regímenes.

Los recursos provenientes de la contribución de los afiliados al régimen contributivo alimentan al Fondo de

Solidaridad y Garantía (FOSYGA), una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social. Estos recursos financian las inversiones en salud.

El fondo tiene cuatro cuentas: i) una cuenta que asegura los recursos para el régimen contributivo, de forma que cada EPS paga una prima por cada afiliado, también conocida como Unidad de Pago por Capacitación (UPC), para financiar los servicios de salud definidos por el POS; ii) una cuenta de solidaridad para el régimen subsidiado; iii) una cuenta para la promoción de la salud; y iv) una cuenta que proporciona aseguramiento contra riesgos de catástrofe y accidentes de tráfico.

Los recursos destinados al régimen subsidiado provienen del FOSYGA (1,5% de las cotizaciones del régimen contributivo), Sistema General de Participaciones (SGP), recursos territoriales, Cajas de Compensación Familiar, de los gremios, Gobierno Nacional, lotería, Empresa Territorial para la Salud (Etesa), aportes de los beneficiarios a través del subsidio parcial, rendimientos financieros, y el equivalente a un 15% de la participación y transferencias por impuestos de la renta sobre la producción de la industria petrolera percibida por los municipios y departamentos.

Estos recursos son administrados por las Direcciones Locales de Salud.

El personal de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, del Magisterio, miembros de EcoPetrol y de siete universidades públicas y sus familiares tienen acceso a servicios de salud suministrados mediante Regímenes Especiales. Para estos grupos, a diferencia de los afiliados al régimen contributivo, la atención médica es libre de copagos, cuotas moderadoras y otras restricciones en términos de patologías y período mínimo de contribución al régimen.

La población que no está afiliada a ninguno de los regímenes y que pertenece a los tres primeros niveles del SISBEN es denominada "población vinculada". Esta población es el principal objetivo de la universalización de la cobertura del régimen subsidiado de salud. Hasta ahora, esta población solo tenía acceso a cuidados de salud primarios en instituciones públicas.

El Ministerio de Protección Social también gestiona programas de salud pública que incluyen programas de salud mental y acciones colectivas orientadas a mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las personas y el medio ambiente. A pesar de que estas acciones tienen en teoría una cobertura universal, en la práctica suelen ser

	focalizados en función de criterios categóricos (edad, género o ubicación geográfica).
Muestra	Información estadística suministrada por Departamento Administrativo Nacional de Colombia DANE, 2003 y Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) 2008.
Intervención y proceso medición	Análisis de variables de condiciones de salud
Resultados	<p>Según la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de 2008, el 80,6% de la población estaba cubierta por un seguro de salud, con ligeras diferencias según el área de residencia. Un 86,5% en las zonas urbanas y un 84,6% en zonas rurales. Estas tasas muestran un progreso importante comparado con 2003; a pesar del crecimiento negativo de la economía en 2008, en 2003 la cobertura era solo del 61,6%. Además, la relación entre contribuyentes y dependientes en el sistema de salud aumentó del 0,65 en 2003 al 0,83 en 2008.</p> <p>En 2008, entre la población laboral, el 56,3% estaba afiliada al régimen contributivo y el 43,7% al régimen subsidiado —una proporción importante que indica el peso de la informalidad en la estructura laboral—, mientras entre los desempleados, la tasa de afiliación al primero era del 33,7%, es decir uno de cada tres desempleados estaban afiliados al régimen subsidiado (66,3%).</p> <p>Como podía esperarse, la demanda de recursos por parte de la cuenta de solidaridad del FOSYGA aumentó entre 2007 y 2008 de 2,1 billones a 2,4 billones de pesos colombianos. Este aumento del gasto de FOSYGA también se debió a los costos incurridos por la demanda de medicina e intervenciones no incluidos en el POS, pero que fueron aprobados por el Comité Técnico Científico (en el 28% de los casos), o más frecuentemente por sentencias judiciales (el 55% de los casos) para garantizar el derecho a la salud.</p> <p>En 2008, el costo incurrido en el pago de los servicios previamente denegados representaba el 0,25% del PIB, y de acuerdo con la ECV de 2008, a una de cada cinco personas enfermas de le negó el acceso a los servicios.</p> <p>La afiliación al aseguramiento en salud es altamente desigual, con una diferencia de más de diez puntos porcentuales entre la cobertura de la población en el quintil más pobre y el más rico.</p>

	<p>También existen desigualdades según grupos etarios. La cobertura más alta de los seguros de salud corresponde a las personas de más de 65 años, mientras que la cobertura más baja es la correspondiente a los jóvenes de entre 18 y 25 años.</p> <p>Además, la cobertura de los niños y niñas menores de cinco años es muy baja, considerando que constituyen un grupo prioritario para el sistema.</p> <p>Por último, la afiliación de la población económicamente activa al sistema de salud aumenta en función del nivel educativo. La tasa de afiliación más baja corresponde a la población sin ningún tipo de educación formal y la más alta a la población con educación superior.</p> <p>Algunos de los programas de salud pública han sido integradas en las metas nacionales adoptadas como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Así, para 2010 se esperaba una cobertura en vacunación para triple viral y pentavalente (DPT, HIB, HB) del 95% de los niños y niñas menores de un año. Además, la meta anual para la mortalidad materna era de 478 muertes, para la transmisión del VIH de 56 casos anuales y el número de muertes por malaria en municipios de riesgo de 78 decesos.</p> <p>Los resultados fueron diversos. Según el SIGOC, en 2008 la cobertura de la vacunación del triple viral era del 92,4%, la del pentavalente del 92,2% y se registraron 59 casos de transmisión por VIH. En 2007, las muertes causadas por malaria en municipios en alto riesgo ascendieron a 65 y el de muertes maternas a 576 casos.</p> <p>Acceso y calidad de los servicios de salud</p> <p>El régimen subsidiado cuenta con una red de salud compuesta por 1.006 instituciones, de las cuales el 84,7% corresponde al primer nivel de atención médica, el 12,7% al segundo y solo el 2,6% al tercer nivel con grandes diferencias entre los territorios. Así, cuatro departamentos concentran el 43,3% de los hospitales públicos de primer nivel que brindan atención solamente al 24,2% de la población colombiana.</p> <p>La probabilidad de recibir atención médica por parte de una institución en caso de enfermedad es del 12% para los afiliados al sistema de salud y solo del 7,2% en el caso de la población no asegurada. el tiempo de espera para recibir atención por un médico general u odontólogo aumentó entre 2003 y 2008, pasando de 1.93 a 2.72 días</p>
Discusión	Los logros en aseguramiento son oscurecidos por el

	<p>declive en la afiliación al régimen contributivo, debido al deterioro del mercado laboral y un aumento importante del trabajo informal y el desempleo. A largo plazo, los cambios ocurridos en la estructura del mercado laboral pueden tener impactos importantes en el financiamiento del sistema de salud, con menos recursos disponibles para financiar la cuenta de solidaridad del FOSYGA.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Este artículo nos brinda un marco teórico de la estructura del SSSGS derivado del Sistema de Protección Social en Colombia, lo cual guía políticas y distribución de recursos. Además de manera muy clara dibuja el esquema de funcionamiento del sistema y sus actores.</p> <p>Gran parte del recurso económico destinado al funcionamiento de los regímenes en salud, principalmente al mantenimiento del subsidiado, son administradas por direcciones locales de salud, lo cual no permite un adecuado control del uso racional de estos y la adecuada destinación del recurso; en nuestro país este es uno de los puntos más débiles y que socaban más la sostenibilidad del sistema y es la corrupción local, el mal manejo de los recursos y su destinación a otro tipo de proyectos, los cuales incluyen en gran medida bienestar personal de los dirigentes departamentales o municipales.</p> <p>Es claro que con el establecimiento del SGSSS mediante la ley 100 se lograron altas tasas de afiliación pasando de 60% al 80% aproximadamente, pero al mismo tiempo revelo la realidad en datos y evidencia de las malas condiciones de salud y sobre todo acceso a la salud de la mayoría de la población, y qué decir de la población vulnerable y de área rural lejana.</p> <p>Se podría pensar que con este aumento poblacional dentro del sistema, los recursos humanos y estructurales no serían suficientes para cubrir las necesidades, esto no está medido ni demostrado en los documentos pero es una consecuencia esperada, lo cual deja en negativo la posibilidad de lograr acceso óptimo y calidad en la atención, todo esto a través de los años de una manera acumulativa.</p> <p>Por ejemplo, en el caso Colombiano la corrupción y politiquería es evidente, es algo que escuchamos todos los días y sin necesidad de hacer estudios exhaustivos, hay claridad que gran cantidad de los recursos destinados al Sistema de Protección Social van a parar en bolsillos personales e incluso en campañas políticas.</p> <p>Otro factor a tener en cuenta en la funcionalidad del</p>

	<p>sistema son los resultados acumulativos, ejemplo, las dificultades económicas que se vienen presentando y que paulatinamente a través de los años se observa mayor deterioro en la economía familiar, mayor tasa de desempleo y aumento de la pobreza en general, lo que lleva a un total desbalance de financiación de un sistema de este tipo el cual gran parte de la cobertura depende de los aportes de la clase trabajadora.</p> <p>Todo esto aunado a un POS con grandes falencias en cuanto a servicios cubiertos y una deficiencia en la actualización, lo que lleva a la cultura de la tutela en la población no solo general, sino también medica como salida única a la situación de los pacientes. Esto crea un gran impacto económico en el sistema al tener que cubrir gran cantidad de demandas por no aprobación de servicios no POS.</p> <p>Es muy llamativo el dato de que de cada 5 personas se le negó el servicio o la atención en salud a una de ellas, esto a grandes rasgos quiere decir, que en cada familia podría haber un proceso frenado en cuanto a la salud, lo que nos lleva a analizar el impacto social, psicológico y dentro de la economía familiar.</p> <p>En cuanto a acceso y calidad de la atención las cifras son muy pesimistas mostrando concentración de los recursos en ciertas regiones, además el decir que la posibilidad de recibir atención en población afiliada es del 12%, nos puede mostrar dos cosas, o las estadísticas fueron analizadas erróneamente y hubo algún error en el informe o definitivamente el Sistema en Salud no funciona y viene en caída hacia el colapso.</p> <p>No podemos ser invidentes ante los grandes esfuerzos de los gobiernos a nivel mundial han realizado por establecer políticas y objetivos claros que se deben lograr a nivel de Seguridad Social, el problema es que en cada país hay factores económicos, culturales y políticos que no permiten que se fluya adecuadamente en el logro de los objetivos.</p>
--	---

ARTICULO 49

Titulo	Hospitales: ¿habrá futuro?
---------------	----------------------------

Autor y Año	Herman Gómez Redondo 2011
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.redalyc.org/pdf/1952/195222509001.pdf . Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Gómez, Herman Redondo. HOSPITALES:¿ HABRÁ FUTURO?. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2011, vol. 62, no 3, p. 225-226.
Objetivo del artículo	Dar a conocer y rescatar el papel de lo público en los servicios de salud y educación, pues representan un derecho de la población y no un servicio regido por el libre mercado.
Palabras Clave	Libre mercado Servicios de salud Hospitales públicos Atención primaria en salud
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Los hospitales públicos en nuestro país han entrado en una grave crisis por la cual muchos han tenido que cerrar sus puertas y como causa principal es la misma crisis de todo el sector salud.</p> <p>Actualmente dichos hospitales en Colombia están en el centro del huracán y su futuro no es claro, ya que se encuentran en medio de una competencia mercantilista entre las empresas privadas con ánimo de lucro y las propias instituciones que pertenecen a las Entidades Promotoras de Salud.</p> <p>El panorama no es favorable a menos que se realicen cambios de fondo que permitan cumplir la función que han venido realizando hasta el momento.</p> <p>Uno de los tantos beneficios que representan estas Instituciones son los programas que dirigen a cierta parte de la población con patologías específicas que aunque no significan ganancia económica si representan ganancia social a través de los programas de promoción y prevención.</p> <p>Por éste y por muchos motivos más debemos luchar por la persistencia y sostenimiento de las instituciones públicas</p>

	de salud.
Muestra	El artículo es de carácter editorial basados en los informes de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud sobre salud en el mundo y atención primaria además de los principios del Alma Ata.
Intervención y proceso medición	No aplica
Resultados	<p>-La crisis hospitalaria pública en Colombia es consecuencia de la propia crisis del sistema.</p> <p>-Se ha evidenciado fragmentación en los niveles de atención principalmente en los servicios materno y perinatal.</p> <p>-Los hospitales en general, compiten por la prestación de servicios entre sí, en lugar de complementarse y unirse para ofrecer calidad y variedad.</p> <p>-El modelo de atención está orientado a lo curativo, dejando la prevención en un segundo plano. Se está enfocando en la facturación por pacientes atendidos, concentrando en éste factor el gasto público y por ende el interés de político, del estado y entes privados.</p> <p>-Se ha dejado de lado el trabajo intersectorial que ayude a modificar la calidad de vida y se han dedicado al manejo asistencial exclusivo.</p> <p>-Cada día se fortalece más la idea, de que el futuro de los sistemas de salud deben estar encaminados al fortalecimiento de la atención primaria en salud, como lo describió el Alma Ata en el año 1978.</p> <p>-Los Estados miembros de la OPS(Organización Panamericana de la Salud) han acordado impulsar el enfoque en la Atención Primaria en Salud como estrategia para alcanzar la cobertura universal y salud de los pueblos.</p>
Discusión	Según la Organización Panamericana de la salud, la clave para un mejor sistema de salud es un enfoque en atención primaria en salud basada en redes integradas de salud pero en Colombia cada día nos alejamos más de este ideal, ya que los servicios de salud compiten diariamente

	<p>por la venta de los servicios argumentando un régimen de libre competencia pero lo que en realidad se está logrando es una fragmentación del sistema.</p> <p>Si tenemos en cuenta que una estrategia para salvaguardar nuestras instituciones públicas y privadas son las redes organizadas de salud las cuales podrían proporcionar atención con calidad y eficiencia, asumiendo la importancia de considerar a los pacientes como personas integrales en vez de clientes, podría darse un gran paso en la recuperación de las bases del sistema actual de salud colombiano, el cual ha sido planteado con el objeto de dar calidad de vida a las comunidades y no competencia de servicios.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Los sistemas de salud en general deben tener como principio operativo, acciones encaminadas al logro de la equidad y mayor nivel de salud, reflejándose en un mejor nivel de vida.</p> <p>En Colombia estamos atravesando una grave crisis hospitalaria como consecuencia de fallas en el mismo sistema de salud.</p> <p>Nuestras principales Instituciones públicas, que en tiempo pasado eran motivo de orgullo, han tenido que cerrar sus puertas y dejar descubierta a gran parte de la población atendida, esto no es más que una competencia por el manejo de recursos, los cuales son administrados por empresas privadas que no cuentan con la suficiente vigilancia por parte de los entes controladores y que al final se han visto infiltrados por manejos inescrupulosos de personas que solo buscan ganancias personales.</p> <p>Debemos visualizar, que con el cierre de los hospitales públicos, no solo se suspenden servicios médicos sino que se deja de lado los programas de promoción y prevención de la salud, los cuales ayudarían de manera directa a mejorar los niveles de salud de toda la población.</p> <p>Muchas empresas se han encaminado a proyectar “hospitales del futuro” pero sin contar que no tenemos “hospitales del presente” que cubran las necesidades de hoy de la comunidad.</p>

ARTICULO 50

Título	Determinantes del gasto de bolsillo y gasto catastrófico en la Región Central de Colombia
Autor y Año	Armando Gil Ospina, Harold Martínez Jaramillo, Julián Gutiérrez Giraldo, Rafael Darío Díaz Apache Abril 29 de 2011 El artículo es producto del Proyecto de Investigación: “Empobrecimiento de los hogares de la región central de Colombia por gastos de bolsillo y catastrófico en salud, en el período 2008”. ** Profesores programa de Economía de la UCP. *** Estudiantes del programa de Economía de la UCP.
Ubicación del artículo del (base datos)	Ucp.edu.co
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver	Gil O., Armando, Martínez J., Harold, Gutiérrez G., Julián, Díaz A., Rafael D., (2011). “Determinantes del gasto de bolsillo y gasto catastrófico en la Región Central de Colombia (2008)”. En: Gestión y Región., N°. 11, (Enero-Junio, 2011); pp. 39-62.
Objetivo del artículo	Determinar los factores que explican los gastos de bolsillo y catastrófico en salud de los hogares de la región central del país, en el período 2008.
Palabras Clave	Salud Empobrecimiento Gasto de bolsillo Gasto catastrófico.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	El empobrecimiento que sufren los hogares de las distintas regiones del mundo, principalmente, en los países subdesarrollados, se debe, en cierta medida, al cubrimiento de gastos de salud con ingresos disponibles, luego de atender los relacionados con alimentos, y cuando exceden 10% de los gastos de subsistencia, enfrentan el

	<p>gasto catastrófico y la amenaza de la pobreza. Por tanto, el financiamiento de servicios de salud a través de pagos directos de bolsillo tiende a ser inequitativo y es susceptible de generar altos costos para el sistema, así como riesgos de empobrecimiento para los hogares..</p> <p>Mientras mayor es la participación del gasto de bolsillo de los hogares en el total del gasto en salud, más excluyentes e inequitativos son los sistemas de salud (OMS, 2000).</p> <p>“Un indicador determinante de la falta de protección financiera es la proporción del gasto en salud que es solventado directamente del bolsillo de los hogares, la cual es considerada como la forma menos eficiente y menos justa de financiar un sistema de salud” (Knaul et al., 2005).</p> <p>Un método para evaluar la capacidad de protección financiera de un sistema de salud es determinar qué proporción de los hogares tiene un gasto en salud que es elevado en comparación con su capacidad de pago (OMS, 2000).</p> <p>Una implicación inmediata del gasto de bolsillo tiene que ver con lo inesperado de su ocurrencia (enfermedad impredecible) y con la magnitud financiera. Por tanto, costos de una enfermedad aguda o accidente se convierten en gastos catastróficos que debilitan la estabilidad financiera familiar.</p>
<p>Muestra</p>	<p>Para este estudio, se seleccionó una muestra de 2022 hogares en el año 2008, tomada de la Encuesta de Calidad de Vida realizada por el DANE. Para todos los hogares se contó con información sobre variables laborales, de salud, alimentación, conformación del hogar, características de la vivienda, servicios públicos, entre otras. Con base en esta fuente de información, se construyeron las variables proxis necesarias para la realización del análisis propuesto.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>El gasto de bolsillo en salud (GBS) se puede medir a través de la contribución financiera de los hogares, coeficiente que indica el porcentaje de la capacidad de pago destinado al gasto en salud. En este sentido, el porcentaje de hogares con gastos catastróficos (HGC) se refiere a la proporción de hogares en riesgo de empobrecimiento a consecuencia de los gastos de salud no planificados.</p> <p>Cuando la rebasa el 20% los hogares incurren en lo que</p>

	<p>se ha denominado gastos catastróficos por motivos de salud.</p> <p>Se realizaron modelos matemáticos para medir gasto de bolsillo y gasto catastrófico, que se aplicaron a la información dando los resultados a analizar.</p>
Resultados	<p>El gasto de bolsillo en salud como proporción del ingreso disponible de los hogares de la región central de Colombia, aumenta a medida que también aumenta el número de personas mayores de 65 años, la edad y el nivel educativo del jefe del hogar, contar con agua potable en la vivienda y la presencia de al menos una persona en el hogar con una enfermedad crónica; y disminuye a medida que aumenta el número niños menores de 5 años en el hogar y cuando el jefe del hogar es hombre en vez de mujer. Las variables aseguramiento, mujeres en edad fértil, zona y piso no resultaron ser estadísticamente significativas para esta región del país.</p> <p>El hecho de que aumente en una unidad la cantidad de mujeres en edad fértil en los hogares, la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico disminuye en promedio un 2.52%; respecto al sexo del jefe del hogar, se evidencia que en promedio los hogares en los cuales el jefe de hogar es hombre, la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico disminuye un 5.77% respecto a los hogares en los cuales el jefe del hogar es mujer; en el mismo sentido, los hogares que presentan miembros con enfermedades crónicas, aumentan la probabilidad de asumir un gasto catastrófico aumenta en 6.2% respecto a los hogares en los cuales no hay miembros con enfermedades.</p>
Discusión	<p>El creciente gasto de bolsillo de los hogares significa una pérdida de eficiencia en la utilización del financiamiento en salud a nivel micro y macroeconómico.</p> <p>De acuerdo con los referentes teóricos y los antecedentes revisados, el gasto de bolsillo en salud y el gasto catastrófico están determinados por los siguientes factores, principalmente: seguridad social, composición del hogar, características del jefe del hogar, características de la vivienda, zona geográfica, económicas, salud.</p> <p>En el presente estudio se encontró que para la región central del país, los factores determinantes del gasto de bolsillo en salud fueron: niños menores de 5 años,</p>

	<p>mayores de 65 años, sexo, edad y nivel educativo del jefe del hogar, agua potable en vivienda y presencia de un integrante del hogar con enfermedad crónica (hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer, entre otras). Y, para el gasto catastrófico, los siguientes factores: mujeres en edad fértil, sexo y edad del jefe del hogar, enfermedad crónica en al menos un integrante del hogar y composición del hogar con (sin) menores de 5 años y adultos mayores de 65 años.</p> <p>Además, se encontró que el gasto de bolsillo en salud como proporción del ingreso disponible de los hogares de la región central de país, aumenta a medida que también lo hace el número de personas mayores de 65 años, la edad y el nivel educativo del jefe del hogar, contar con agua potable en la vivienda y la presencia de al menos una persona en el hogar con una enfermedad crónica; y disminuye a medida que aumenta el número niños menores de 5 años en el hogar y cuando su jefe es hombre. Las variables aseguramiento, mujeres en edad fértil, zona y piso no resultaron ser estadísticamente significativas para esta región del país.</p> <p>Con referencia al gasto catastrófico en salud, se halló que para la región central del país la probabilidad de incurrir en dicho gasto aumenta con la edad del jefe del hogar, la condición de ser mujer y la presencia de un integrante con enfermedad crónica; y disminuye cuando aumenta el número de mujeres en edad fértil, el número de niños menores de 5 años y de adultos mayores de 65 años.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>El análisis de nuestro SGSSS su implementación, efectos y resultados a través de su implementación nos han llevado a leer en múltiples artículos el término gasto de bolsillo sin llegar a analizar su real implicación dentro del sistema.</p> <p>Cuando hablamos de los gastos en salud este concepto se debe tener en cuenta como uno de los principales factores que muestran si realmente el sistema en salud es eficiente y eficaz.</p> <p>En este artículos e analizan los factores que influyen sobre el gasto de salud en cierta parte de la población colombiana, infortunadamente no alcanza a mostrar datos reales que impactan sobre la económica familiar.</p> <p>Pero si nos da luces al saber que los factores que influyen sobre el sistema, están presentes en las tablas demográficas del país, es decir, nuestro crecimiento poblacional se ha convertido en una pirámide invertida por</p>

lo tanto es más probable encontrar personas mayores de 65 años en los hogares, y más aun con obligaciones sobre el cuidado de la casa y cuidado de los menores de edad e incluso como contribuyentes económicos al hogar, mientras las personas en edad productiva trabajan. También es conocido el aumento exponencial de hogares con madres cabeza de hogar encargadas de cubrir las necesidades económicas de sus miembros.

De acuerdo a los datos de este artículo, nos damos cuenta que las familias colombianas están en alto riesgo de caer en gastos de bolsillo e incluso en gastos catastróficos en salud.

Aunque con la Ley 100 se logró un gran aumento en el cubrimiento poblacional con el seguro, las múltiples dificultades, hacen que este cubrimiento sea deficiente, en calidad, accesibilidad, universalidad y eficaz, por lo tanto persiste el riesgo de gasto extra.

El conocer los factores que influyen sobre el gasto de bolsillo en la población permite guiar políticas y programas en salud en una población determinada y dar bases para realizar una adecuada reforma que busque una salud pública con cubrimiento universal.

3.CONCLUSIONES

Nuestro Sistema de Seguridad Social está llevando a la pérdida progresiva de la autonomía profesional limitando el actuar diario mediante normas y estrategias que contengan el gasto de bolsillo. Dichas medidas no son más que el reflejo de una crisis multisistémica que está viviendo el país, donde las causas son de toda índole pero principalmente de características económicas.

Contamos con una ley en salud ejemplo para otros países pero que no la hemos logrado aplicar de manera correcta ya que la intermediación hace primar intereses particulares por encima de la salud del pueblo.

A pesar de disponer de gran parte del producto interno bruto para cubrir las necesidades en salud de la comunidad, dichos recursos no llegan a satisfacer sus verdaderos objetivos debido al desvío de fondos muchas veces dado por una insuficiente veeduría por parte de los entes reguladores.

El modelo Colombiano ha sido exitoso en términos de cobertura y financiamiento pro-equidad soportando casi 20 años de funcionamiento y dos reformas, pero los actores principales se han encargado de la desviación de recursos que no dejan el cumplimiento adecuado de sus objetivos.

La llamada reforma o ley 100 de 1993 logró el aumento casi universal de la cobertura en salud pero no se está contando con la calidad necesaria ni con las facilidades de acceso a toda la población, generando carnetización masiva pero con barreras cada vez mayores para su utilización.

Continúan grandes diferencias entre las condiciones actuales de salud y las verdaderas necesidades de salud; dicha brecha es más marcada al comparar los niveles económicos más bajos con los niveles altos, los factores que inciden sobre la salud de una población pueden ser mejoradas con políticas de desarrollo social y económico, “la equidad es la igualdad de oportunidades para alcanzar el pleno potencial de salud sin desventajas

BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez, Mario Hernández, and Mauricio Torres-Tovar. "Colombia's New Health Reform: Keeping the Financial Sector Healthy." *Social Medicine* 5.4 (2010): 177-181.
2. Amado-González, Laura Natalia; Riveros-Pérez, Efraín. Modelo de salud en Colombia: ¿ financiamiento basado en seguridad social o en impuestos?. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 2012, vol. 11, no 23, p. 111-120.
3. Arroyave, Iván., Cardona, Doris., Burdorf, Alex, Avendano, Mauricio. The Impact of Increasing Health Insurance Coverage on Disparities in Mortality: Health Care Reform in Colombia, 1998–2007. *American journal of public health*, 2013, vol. 103, no 3, p. e100-e106.
4. Caballero Uribe, Carlo Vinicio; Alonso Palacio, Luz Marina. Los Objetivos del Milenio y la Crisis de la Salud. *Revista Científica Salud Uninorte*, 2013, vol. 29, no 1.
5. Cadena Afanador, Laura del Pilar; Aldana, Bernardo Useche. Los profesionales de la salud y la crisis del sistema de salud en Colombia: ¿ indignación o acomodamiento?:[editoriales]; Health professionals and health system crisis in Colombia: outrage or accommodation?:[editorial]. *MedUNAB*, 2011, vol. 14, no 2, p. 83-85.
6. Calderón, C. A. A., Botero, J. C., Bolaños, J. O., & Martínez, R. R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas The Colombian healthcare system: 20 years of achievements and problems. *Ciênc. saúde coletiva*, 16(6), 2817-2828.
7. Chicaiza, Liliana. El mercado de la salud en Colombia y la problemática del alto costo. *Problemas del Desarrollo*, 2009, vol. 34, no 131.
8. De Vos, Pol, and Patrick Van der Stuyft. "DETERMINANTES SOCIOPOLÍTICOS DE LAS POLÍTICAS INTERNACIONALES DE SALUD." *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 30.2 (2013): 288-96.
9. Eslava Schmalbach, Javier. Evaluación del Impacto en Costo-equidad del Sistema de Salud en Colombia, *Rev. Salud pública*, Bogotá, v. 10, n. 1, Jan 1998-2005. 2008.
10. Esteves, Roberto. "The quest for equity in Latin America: a comparative analysis of the health care reforms in Brazil and Colombia." *Int J Equity Health* 11.6 (2012).

11. Ettenger, Allison; Bärnighausen, Till; Castro, Arachu. Health insurance for the poor decreases access to HIV testing in antenatal care: evidence of an unintended effect of health insurance reform in Colombia. *Health policy and planning*, 2013.
12. Franco Giraldo, Álvaro. Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. *Revista Gerencia y políticas de salud*, 2012, vol. 11, no 22, p. 28-42.
13. Franco, Saúl. Entre los negocios y los derechos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2013, vol. 39, no 2, p. 268-284.
14. Galeano, Mayda Soraya Marín. Crisis de la salud en Colombia: ¿ un derecho fundamental o un espacio para el mercado?. *Kavilando*, 2011, vol. 2, no 2, p. 116-122.
15. Gil O., Armando, Martínez J., Harold, Gutiérrez G., Julián, Díaz A., Rafael D., (2011). "Determinantes del gasto de bolsillo y gasto catastrófico en la Región Central de Colombia (2008)". En: *Gestión y Región.*, N°. 11, (Enero-Junio, 2011); pp. 39-62.
16. Gómez, Herman Redondo. Hospitales: ¿ habrá futuro? *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 2011, vol. 62, no 3, p. 225-226.
17. Grupo de Trabajo del Grupo de economía de la salud, Universidad de Antioquia. *Alternativas para financiar el Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia: avances, limitaciones y retos*. 2012.
18. Guerrero, Ramiro., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). *Sistema de salud de Colombia*. *salud pública de México*, vol 53(suplemento 2)
19. Hernández Bello, A., & Vega Romero, R. (2012). El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión. *Gerencia y Políticas de Salud*, 1(1).
20. Hernández, Mario; Torres-Tovar, Mauricio. Nueva reforma en el sector salud en Colombia: portarse bien para la salud financiera del sistema. *Medicina Social*, 2010, vol. 5, no 4, p. 241-245.
21. Hernández Sánchez Mariela, García Roche René. Comunidades seguras, un modelo mundial para la prevención de lesiones y la promoción de seguridad. *Rev Cubana HigEpidemiol* [revista en en la Internet]. 2013 Agosto

22. Jiménez Barbosa, Wilson Giovanni. El derecho a la salud una búsqueda inacabada para la sociedad colombiana. Rev. esc.adm.neg, Bogotá, n. 67, Sept. 2009
23. Laurell, Asa Cristina, and Joel Herrera Ronquillo. "La Segunda Reforma de Salud: aseguramiento y compra-venta de servicios." Salud colectiva 6.2 (2010): 137-148.
24. Llinás Delgado Adalberto E.. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. Salud, Barranquilla [serial on the Internet]. 2010 June [cited 2013 Oct 18 ; 26(1): 143-154
25. López Yolanda Lucía, González Claudia, Gallego Berta Natalia, Moreno Ana Lida. Rectoría de la vigilancia en salud pública en el sistema de seguridad social en salud de Colombia: estudio de casos. Biomédica 2009 Dec [2013 Aug 12] ; 29(4): 567-581.
26. Mantilla, Blanca Patricia. "Evolución conceptual y normativa de la promoción de la salud en Colombia." Revista Salud Universidad Industrial de Santander. 43.3 (2011): 299-306.
27. Martínez, F., Giraldo, C., García, P., Rodríguez, C., y Barrios, S.M. (2011). Aumento de la segmentación en el sistema de salud colombiano. Revista CIFE, 18, (13), 137-152.
28. Martínez, Octavio. Competencia en el sector salud entre juegos de " suma cero" y de " suma positiva". Acta Médica Colombiana, 2013, vol. 38, no 1, p. 40-44.
29. Martínez, Sandra, et al. "Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud." Salud Publica Mex 53.s2 (2011).
30. Mignone, Javier; Nállim, Jorge; Vargas, John Harold Gómez. Indigenous control over health care in the midst of neoliberal reforms in Colombia: An uneasy balance. Studies in Political Economy, 2011, vol. 87, p. 93.
31. Molina, Gloria, and Andrés Ramírez. "Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007–2009." Revista Panam Salud Pública 33.4 (2013): 287.

32. Moreno, Jaime Ramírez. "La emergencia social en salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana." *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 9.18 (2010): 124-143.
33. Pacheco, Yilly Vanessa. La licencia de maternidad en el régimen internacional laboral y su desarrollo en Colombia a partir de la Constitución de 1991. *Criterio Jurídico*, 2012, vol. 11, no 2.
34. Redondo Gómez Hermán. Hospitales: ¿habrá futuro?. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2011; 62225-226
35. Restrepo C Jaime. La calidad en la prestación de los servicios de salud: un imperativo por lograr. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [serial on the Internet]. 2007 Jan [cited 2013 July 29]; 25(1): 78-81.
36. Restrepo, H. E.; Valencia, H. Implementation of a new health system in Colombia: Is this favourable for health determinants?. *Journal of epidemiology and community health*, 2002, vol. 56, no 10, p. 742-743.
37. Rodríguez Villamil Natalia, Valencia González Alejandra, Díaz Mosquera Paulina. Promoción de la salud y sistema de salud colombiano: reflexiones sobre la formación de profesionales. *Hacia promoción. Salud* [serial on the Internet]. 2013 June [cited 2013 Aug 11]; 18(1): 26-4
38. Rosero, Lucía Mina, et al. "Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Colombia." *CEPAL Review* (2013).
39. Ruiz-Rodríguez Myriam, Acosta-Ramírez Naydú, Rodríguez Villamizar Laura A., Uribe Luz M., León-Franco Martha. Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. *Revista Salud pública* [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2013 Agosto 11].
40. Senior, J. M. (2012). El sistema de salud y sus fantasmas. *Acta Médica Colombiana*, 37(1), 1-5.
41. Sojo, Ana. "Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas." *Rev CS Col* 16.6 (2011): 2673-2685.
42. TSAI, Thomas C. Second chance for health reform in Colombia. *The Lancet*, 2010, vol. 375, no 9709, p. 109-110.

43. Uribe, Carlo V. Caballero; Alonso, Luz M. La educación para la salud, un reto actual. *Salud Uninorte*, 2010, vol. 26, no 1, p. i-iii.
44. Vargas, Ingrid, et al. "Effects of managed care mechanisms on access to healthcare: results from a qualitative study in Colombia." *The International Journal of Health Planning and Management* (2012). Efectos de los mecanismos de atención administrada de acceso a la salud: resultados de un estudio cualitativo en Colombia.
45. Vargas, Ingrid, Vázquez, M. Luisa, Mogollón-Pérez, A. Susana, Unger, Jean Pierre. Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia. *BMC health services research*, 2010, vol. 10, no 1, p. 297.
- Vargas-Lorenzo, Ingrid, M. Luisa Vázquez-Navarrete, and Amparo S. Mogollón-Pérez. "Acceso a la atención en salud en Colombia." *Revista de Salud Pública* 12.5 (2010): 701-712.
46. Vázquez Pinto, Luis Enrique, Vanessa Delgado Jaime, and Laura Del Pilar Cadena Afanador. "Reflexiones sobre el papel del profesional de la medicina en el sistema general de seguridad social colombiano." *MedUNAB* 15.2 (2013).
47. Webster, Paul Christopher. Health in Colombia: a system in crisis. *Canadian Medical Association Journal*, 2012, vol. 184, no 6, p. E289-E290
48. Yamin, Alicia Ely. Colombia's health reform: false debates, real imperatives. *The Lancet*, 2010, vol. 375, no 9717, p. 803.
49. Yepes, Francisco J. ¿ Por qué la crisis multisistémica de la salud?. 2013. *Rev. Gerencia. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 12 (24): 5-7, enero-junio de 2013.
50. Yepes Lujan, Francisco José. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. *Rev. Gerencia Polit. Salud [online]*. 2010, vol.9, n.18.