IDENTIFICADOR	https://pacifista.tv/notas/la-guia-divergentes-de-la-lucha-por-la-salud-en-colombia/
FECHA ORIGINAL	16 de julio de 2018 (publicación original en el archivo)
AUTORÍA / FIRMA	¡PACIFISTA! (firma institucional)
CLASIFICACIÓN	/notas/ · Nota · Leer
HUELLA SHA-1	**86ec732cc702ca3c** — huella del cuerpo archivado, calculada el 29 de septiembre de 2026. No acredita el estado de la página en su publicación original.
DESCRIPTORES	Acuerdo de Paz · Alejandro Gaviria · Colombia · Eps · Juan Manuel Santos · Ley 100 · Ministerio de Salud · Salud

NOTA

La guía Divergentes de la lucha por la salud en Colombia

Por **¡PACIFISTA!** · Publicado originalmente el **16 de julio de 2018** en *¡PACIFISTA!*

Con la terminación del conflicto se abren grandes retos para la salud pública. Alrededor del 54% de los excombatientes tiene al menos un hijo y hay 3.305 reintegrados que presentan al menos una limitación.

Este artículo hace parte de ***Divergentes,*** *un proyecto sobre movilización y organizaciones sociales. Para ver todos los contenidos haga clic acá.*

A grandes rasgos, la historia del sistema de salud en Colombia puede dividirse en tres etapas. La primera de ellas vio sus inicios tras la promulgación de la Constitución de 1886, cuando prevaleció el denominado “modelo higienista”. Según este, las acciones de la salubridad pública estaban limitadas a atender aspectos de carácter sanitario mientras que la atención preventiva y curativa en salud era financiada por los usuarios y por algunas instituciones de caridad.Bajo esa misma visión, en 1946 se creó la Caja Nacional de Previsión, encargada de atender la salud de los empleados públicos, así como el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (luego Instituto de Seguros Sociales), que atendía a empleados del sector privado con empleo formal.

La segunda etapa se dio a partir de la década de los setenta y hasta 1989, cuando se desarrolló el esquema de “subsidios a la oferta” bajo la creación del Sistema Nacional de Salud. Durante este régimen, los recursos del Gobierno Nacional para salud eran transferidos directamente a la red de hospitales públicos. Sin embargo, el sistema no daba abasto para proporcionar una atención integral en salud a la población de bajos recursos.

La tercera y última etapa arrancó en 1990 con la expedición de la ley 10, que reformó por completo el modelo de prestación de los servicios de salud y dio paso a un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en servicios básicos para todos los habitantes y administrado en asocio con entidades territoriales. El periodo se prorrogó apenas hasta 1993, pues en ese año se expidió la ley 100: todo un hito que transformó el modelo de salud y lo convirtió en el que hoy conocemos.

Nace un sistema

Y es que fue precisamente esta ley la encargada de darle pie a la creación de un sistema de salud de “competencia regulada”, basado en la mezcla de entidades públicas y privadas, que puso a la salud en las manos del mercado y que, por tanto, hizo que su regulación dependiera de las dinámicas del mercado mismo.

Bajo ese modelo, la reforma se orientó en tres direcciones: acabar con el monopolio de la seguridad social en salud (los trabajadores del sector privado pueden elegir su entidad prestadora de salud); incorporar a un sector subsidiado que se sustenta en la creación de un Fondo de Solidaridad y Garantía, que brinda aseguramiento a la población pobre del país y garantizar la presencia del sector privado como alternativa al Instituto de Seguros Sociales (ISS). Esto último debido a la baja cobertura y calidad de los servicios de salud que tenía el ISS: a pesar de haber tenido más de 40 años de desarrollo, en 1992 afiliaba a menos de 20 % de la población, una cifra muy inferior al promedio de 57 % en América Latina. Además, la cobertura de la familia del trabajador era mínima. Solo 18 % de las familias de los afiliados tenía derecho a la seguridad social y el grado de insatisfacción de los afiliados con los servicios prestados por la institución era alto.

Por todo esto era más que predecible que otras modalidades de aseguramiento fueran surgiendo con el tiempo mientras de manera paralela se potenciaba un subsistema de Cajas de Previsión para

los empleados públicos y de Cajas de Compensación Familiar (CCF), las cuales han estado presentes en el país desde los sesenta. En estas últimas, creadas para manejar el subsidio familiar y otorgar compensación por los hijos, los 'patrones' cotizaban el 4 % sobre la nómina, independientemente del número de hijos de sus empleados, y las CCF se encargaban de redistribuir los subsidios familiares en proporción al tamaño de la familia de cada trabajador.

La disminución del número de hijos por familia dio lugar a que la ley permitiera que los recursos no utilizados se dedicaran al financiamiento de programas de cobertura familiar en salud. Al asumir estas funciones, las CCF paulatinamente se fueron superponiendo al sistema de seguridad social en salud, al punto que en los años ochenta existían más de 1.200 entidades de este tipo.

Por su parte, la población de mayores ingresos atendía sus necesidades de salud en el sector privado a través de la contratación de seguros o planes de prepago privados o bien pagando directamente los servicios en el momento de requerirlos. Fue entonces cuando, a mediados de los ochenta, los planes de medicina prepagada comprados directamente u ofrecidos por ciertas empresas a sus empleados experimentaron una notable expansión. Se estima que cerca del 10 % de la población accedía directamente a prestadores privados.

Mala salud

Pese a todo esto, los efectos en la salud pública fueron negativos, en especial en aquellas problemáticas en el que el anterior Sistema Nacional de Salud se había organizado y desarrollado. Es decir en programas verticales nacionales como los de control de las enfermedades tropicales, de la tuberculosis, la vacunación y otras similares.

Por eso, en 2001 se inició la ley 715, que reordenó la distribución de recursos entre la Nación y los municipios y la acopló a los flujos de los recursos de salud por medio del Sistema General de Participaciones. A partir de 2003 se diseñaron normas y guías que orientaron las acciones de prevención y promoción individuales y se incorporaron en el Plan Obligatorio de Salud (POS) , lo cual permitió a las EPS e IPS implementarlas y colocar recursos específicos en las mismas. Un avance significativo que, como consecuencia, hacía que se avecinaran cambios "necesarios" según algunos congresistas de la época. Sin embargo, para la oposición eran reformas "neoliberales" que,

decían, abrían la puerta a la privatización y advertían problemas.

En 2013, el sistema presentó el mayor colapso debido a la corrupción y a la negativa de las EPS a prestar servicios reglamentarios (citas médicas, medicamentos, etc.) y a negar el pago a hospitales públicos y privados a pesar de las demandas y tutelas. Los casos de personas fallecidas por no ser atendidos en clínicas y hospitales aumentaron, los precios de las drogas para los enfermos más graves se volvieron inalcanzables y las citas médicas se alejaban cada vez más con el pasar de los días. Todo esto sumado a un grave manejo en sus estados financieros, tal como se reflejó en la intervención del Estado a la EPS Saludcoop, en donde se declaró un "sistema de salud muerto". Según analistas, las EPS deben a los hospitales alrededor de 5.8 billones de pesos.

Debido a dicho colapso, el gobierno del presidente Juan Manuel Santos propuso una nueva ley para reglamentar el actual sistema de salud. No obstante, dicha reforma generó rechazo por parte de pacientes y médicos y no fue aprobada en el Congreso. Esto obligó –en 2015– al Gobierno, de la mano del ministro de Salud Alejandro Gaviria, a presentar un proyecto de ley estatutaria aprobada por el Legislativo y declarada constitucional por la Corte. Dicha ley fijó a la salud como un derecho fundamental en el país y puso al Estado en la obligación de garantizar los servicios de salud a toda la población.

La ley estatutaria de salud trajo consigo nuevos parámetros que buscaban mejorar las dificultades y vacíos del sistema de salud. Entre otras cosas, establece prioridad en la atención a niños, desplazados, víctimas de violencia, entre otros; les prohíbe a las entidades prestadoras negar el servicio de urgencias; dicta que los pacientes puedan acceder a todos los servicios necesarios para su recuperación, ya no solo los contemplados por el POS; estipula que el Gobierno es quien regula el precio de los medicamentos mediante una Política Farmacéutica Nacional y, por último, dicta que el Gobierno debe garantizar el acceso a la salud en todo el territorio nacional especialmente en las zonas marginadas.

Movilización por la salud

Estas son algunas de las organizaciones más sobresalientes que trabajan por mejorar el sistema de salud en Colombia y por el acceso de todos los ciudadanos a sus servicios:

Salud Colombia, establecida en 2006 para estudiar el sistema de salud colombiano a través de evaluaciones de políticas públicas, ha desarrollado un monitoreo que permite proponer reformas para nuestro sistema con varios especialistas del tema. La ONG española Manos Unidas reúne voluntarios que luchan por erradicar el hambre y la pobreza en el mundo. Enfocan su acción en apoyar proyectos de desarrollo en los países más pobres y en sensibilizar a la población para luchar contra las causas de las injusticias y desigualdades. En Colombia, Manos Unidas ha hecho especial énfasis en combatir la desnutrición en el departamento de la Guajira, al trabajar con 33 comunidades y haber logrado más de 3.000 hectáreas establecidas que alimentan a más de 800 familias. Por otro lado la Fundación Alimentar Colombia, entidad sin ánimo de lucro, busca reducir la incidencia y prevalencia de la desnutrición infantil contribuyendo al logro de la seguridad alimentaria de manera sostenible en poblaciones vulnerables. La fundación fue constituida en julio de 2015 como respuesta a la crisis nutricional de los niños en Colombia, una crisis que le ha costado la vida a miles de niños en los últimos años.

También está la Alianza por la Salud Alimentaria – Colombia, una plataforma de ciudadanos, organizaciones sociales, no gubernamentales, académicos e investigadores que promueven la lactancia materna, la agricultura familiar y la producción y el consumo limpio, solidario y consciente. Educar Consumidores, por su parte, es una organización interdisciplinaria de la sociedad civil tiene como razón de ser un enfoque de derechos centrado en identificar e incidir en temas del consumo que afectan la salud humana y ambiental. También cabe resaltar la labor de la Red PaPaz, una entidad que nace en el 2003 con el propósito de abogar por la protección de los derechos de lo s niños, niñas y adolescentes en Colombia, así como fortalecer las capacidades de los adultos y actores sociales para garantizar su efectivo cumplimiento.

La salud se da también a entender por cuestiones relativas al género. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, es un colectivo de organizaciones y personas, creado en 1998 enfocado en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El corazón de su compromiso es la despenalización del aborto por mediante de la ley colombiana. Como respuestas a la Sentencia C-355 de 2006 cuya despenaliza el aborto en tres circunstancias, la Mesa se encarga de verificar la práctica “de abortos legales, seguros, oportunos y de calidad” y ofrecer asesoría jurídica.

Otro caso es el de la salud mental de la comunidad LGBTQI generalmente debilitada debido a la incomprensión de una parte de la sociedad y los traumas sufridos. Organizaciones como la fundación GAAT pusieron en marcha grupos de apoyo, por ejemplo, con la campaña de 2016 “La Salud mental es un tema de todos. Enchúfate a la vida”, la Cruz Roja Colombiana se ha dedicado a prevenir suicidio con 12.750 casos de intentos reportados por el Instituto Nacional de Salud del mismo año. Al trabajo de la Cruz Roja Colombiana, que es asistir al pueblo en caso de catástrofe se añade lo de Médicos Sin Fronteras Colombia, una entidad internacional que cuenta con nueve proyectos regionales en Colombia ofreciendo apoyo psicológico, asistencia médica en zonas desertadas por algunos servicios básicos de salud, asesoramiento telefónico para víctimas de violencia sexual y asistencia humanitaria a los desplazados.

Por otra parte, algunos movimientos le apuestan a que es mejor prevenir que curar. La Alianza por la Salud Alimentaria agrupa ciudadanos y organizaciones civiles alrededor de un consumo solidario, consciente y de autonomía alimentaria. En el manifiesto de la Alianza se pueden encontrar propuestas para restringir la promoción de ciertos productos alimentarios peligrosos para la salud. En el mismo registro se encuentra la organización Educar consumidores, que logró varias acciones como la denuncia del tabaco con una campaña y apoyando en 2015 una ley para aumentar el impuesto al tabaco.

Desafíos

La OMS registra en un informe del 2001 en el que 450 millones de personas a nivel mundial experimentan una forma de trastorno mental. En Colombia, décadas y décadas después de un conflicto armado la salud mental es indudablemente un tema patente. Por ello el gobierno colombiano ha emprendido el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado – Papsivi – por medio del Decreto 4800 de 2011.

Aunque la guerra deja secuelas físicas, otras heridas invisibles y hasta más peligrosas afectan gran parte de los colombianos en el posconflicto. Un estudio del Ministerio de Protección Social del 2003 define tres grandes grupos de síntomas con la reexperimentación del evento traumático, evitación de estímulos que se asocien al trauma y alteraciones en el repertorio conductual con ataques de ira demostrando “relación entre estrés postraumático y manifestaciones violentas en el

comportamiento". Aunque se encuentran "medidas de reparación integral para la paz" en los Acuerdos de la Habana, el Estado se enfrenta a varios desafíos.

Entre esos está el garantizar el derecho a la salud cuando cada 3,5 minutos se registra una tutela por la salud, lograr una transformación del modelo y sistema de salud que tenga en cuenta las disparidades de la población, y que la salud pública en el posconflicto pueda brindar servicios básicos y atención médica especializada en caso de enfermedades graves a las 10.000 nuevas personas reintegradas a la sociedad. Con la terminación del conflicto armado con la guerrilla de las Farc, se abren grandes retos para la salud pública, pues alrededor del 54% de los excombatientes tiene al menos un hijo, y el 77% carece de vivienda. A eso hay 3.305 reintegrados que presentan al menos una limitación, la mayoría visual, cardíaca o respiratoria. Hay, además, más de ocho millones de víctimas directas a lo largo y ancho del país, muchas a la espera de restitución, reparación y garantías de no repetición. Ah, y están las 11.495 víctimas por minas antipersonales.

CÓMO CITAR ESTE DOCUMENTO

FORMATO APA 7ª EDICIÓN

¡PACIFISTA! (2018, 16 de julio). La guía Divergentes de la lucha por la salud en Colombia. ¡PACIFISTA!. https://pacifista.tv/notas/la-guia-divergentes-de-la-lucha-por-la-salud-en-colombia/

FORMATO CHICAGO (NOTAS Y BIBLIOGRAFÍA)

¡PACIFISTA!. «La guía Divergentes de la lucha por la salud en Colombia». ¡PACIFISTA!, 16 de julio de 2018. https://pacifista.tv/notas/la-guia-divergentes-de-la-lucha-por-la-salud-en-colombia/

FORMATO MLA 9ª EDICIÓN

¡PACIFISTA!. "La guía Divergentes de la lucha por la salud en Colombia". ¡PACIFISTA!, 16 de julio de 2018, https://pacifista.tv/notas/la-guia-divergentes-de-la-lucha-por-la-salud-en-colombia/.

ACCESO ABIERTO

Derechos de ¡PACIFISTA! y de sus autores. Archivo histórico de consulta pública. Documento generado por el Centro de Memoria de ¡PACIFISTA! a partir de la pieza conservada en su archivo histórico. Se distribuye para consulta, citación, estudio e investigación. Verifique siempre la versión en línea, que es la fuente autorizada.