

Problemáticas del Sistema de Salud en Pueblo nuevo (Córdoba): Evaluación y Desafíos  
(Problems of the Health System in Pueblo nuevo (Córdoba): Evaluation and Challenges)

Nombre y apellido de los autores

Cristian Eduardo Garcés Garcés

Ivanna Verona Medrano

Corporación Universitaria Remington

Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas

Programa de Derecho

Diplomado en Contratación estatal y SECOP II

Año

2024

## Resumen

Este artículo aborda la problemática del mal funcionamiento del sistema de salud en Colombia, con un enfoque particular en Pueblo nuevo córdoba. La pregunta de investigación se centra en: ¿Cuáles son las causas y consecuencias del mal funcionamiento del sistema de salud en este municipio específico? El objetivo general es evaluar la eficacia del sistema de salud en Pueblo nuevo córdoba, identificando sus desafíos y proponiendo soluciones viables.

La metodología aplicada es el análisis documental. Los hallazgos principales revelan que hay insuficiencia de recursos, alta dependencia del régimen subsidiado y una deficiente gestión financiera de EPS. El resultado más significativo del estudio es que el sistema actual tiene acumulación de deudas que superan los plazos legales de pago y una carga financiera desproporcionada sobre los pacientes y los gobiernos locales como es el caso de Pueblo nuevo córdoba.

### **Palabras clave:**

Sistema de salud colombiano, financiamiento en salud, ineficiencia en servicios de salud, Pueblo nuevo córdoba

### **Abstract:**

This article addresses the problem of the malfunctioning healthcare system in Colombia, with a particular focus on Santa Cruz de Lo. The research question centers on: What are the causes and consequences of the malfunctioning healthcare system in this specific municipality? The general objective is to evaluate the effectiveness of the healthcare system in Pueblo Nuev, identifying its challenges and proposing viable solutions.

The methodology applied is document analysis. The main findings reveal that, since its establishment 30 years ago, the healthcare system has been subject to measures that fail to resolve critical issues such as the lack of care for affiliates, poor working conditions for doctors, and non-payment to service provider institutions.

The most significant result of the study is that the current system has accumulated debts that exceed legal payment deadlines and places a disproportionate financial burden on patients and local governments. The main conclusion indicates that the lack of state control over healthcare system resources and the inefficiency of the Health Promotion Companies (EPS) have led to a financial and operational collapse, severely affecting the most vulnerable populations.

**Key words:** Colombian healthcare system, healthcare financing, inefficiency in healthcare services Pueblo Nuevo.

### **Introducción**

El presente artículo aborda la problemática del mal funcionamiento del sistema de salud en Pueblo nuevo córdoba, un municipio del departamento de Córdoba, Colombia. La pregunta de

investigación central es: ¿Cuáles son las causas y consecuencias del mal funcionamiento del sistema de salud en Pueblo nuevo córdoba? El objetivo general es evaluar la eficacia del sistema de salud en este municipio, identificando sus desafíos y proponiendo soluciones viables. Los objetivos específicos son: (1) analizar la estructura y funcionamiento del sistema de salud en Pueblo nuevo córdoba; (2) identificar las principales deficiencias en la atención médica y su impacto en la población; y (3) proponer recomendaciones para mejorar la eficiencia y calidad de los servicios de salud en la región.

La justificación de esta investigación radica en la necesidad urgente de abordar las fallas críticas del sistema de salud que afectan a una de las comunidades más vulnerables de Colombia, poniendo especial atención en la gestión y la corrupción que han llevado a una crisis profunda, con consecuencias devastadoras para la población de Pueblo nuevo córdoba. La metodología aplicada en este estudio es el análisis documental, que incluye la revisión de informes oficiales, normativas legales y estudios previos sobre el sistema de salud en Colombia.

El marco teórico se basa en la teoría de los sistemas de salud y la gobernanza sanitaria, que proporcionan un enfoque estructural para analizar las interacciones entre los diferentes componentes del sistema de salud y su impacto en la calidad de los servicios prestados.

La estructura del artículo se divide en dos capítulos:

El primer capítulo aborda el planteamiento del problema, la metodología y un análisis detallado del sistema de salud en Colombia, incluyendo su evolución histórica, estableciendo el contexto para entender la crisis actual. El segundo capítulo se centra en el estudio de caso de Pueblo nuevo córdoba, describiendo las condiciones actuales, los desafíos específicos, y discutiendo los hallazgos principales e implicaciones para la política pública.

## **Planteamiento del problema**

¿como se puede mejorar el Sistema de salud, en el municipio de Pueblo Nuevo Cordoba especialmente en las zonas ruarales?

Desde la implementación de la Ley 100 en 1993, el sistema de salud colombiano ha experimentado diversas reformas con el objetivo de alcanzar la equidad en la prestación de servicios. Estas reformas se centraron en la creación de dos regímenes: el contributivo y el subsidiado, destinados a cubrir a la población trabajadora y a los más pobres, respectivamente. A pesar de los esfuerzos, persistentes desigualdades han limitado el acceso equitativo a la atención médica, especialmente en zonas rurales y comunidades vulnerables. Este apartado analiza la evolución del sistema de salud y los obstáculos que han impedido su plena realización.

El sistema de salud que operaba en Colombia en 1993 era ampliamente criticado por su inequidad tanto en términos de aseguramiento como en el acceso a los servicios, financiamiento y asignación de recursos (Castaño et al, 2001, p.7). De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Hogares de septiembre de 1992, aproximadamente el 45% de la población urbana y el 80% de la población rural no estaba protegida por ningún sistema de aseguramiento (Molina y Giedion, 1993 citados en Castaño et al, 2001), dependiendo exclusivamente de los servicios prestados por entidades públicas de salud o por un sistema de salud "informal" y privado. Esta carencia de aseguramiento resultaba en una atención sanitaria desigual, donde los más vulnerables tenían acceso limitado o nulo a servicios médicos adecuados.

Además, el 12% de las hospitalizaciones y el 20% de las cirugías realizadas en el sector público en 1992, que debían beneficiar principalmente a la población más pobre, fueron en realidad recibidas por pacientes pertenecientes al 20% más rico de la población. Esto

evidencia una profunda injusticia en la distribución de los servicios de salud, donde los recursos destinados a los más necesitados terminaban beneficiando a quienes menos lo requerían (Castaño et al, 2001, p.8).

En términos de financiamiento, las inequidades eran igualmente significativas. Por ejemplo, el gasto privado promedio en salud representaba el 1.4% de los ingresos para el 20% más rico de la población, mientras que para el 20% más pobre esta proporción era más de cinco veces superior, alcanzando el 7.5% de sus ingresos. Esta disparidad refleja cómo la carga financiera de los gastos en salud recaía desproporcionadamente sobre los sectores más desfavorecidos, exacerbando aún más las desigualdades sociales y económicas.

En consecuencia, uno de los principales argumentos que justificaron la necesidad de reformar el sistema de salud colombiano fue la búsqueda de un sistema más equitativo, tanto en el financiamiento como en la prestación de servicios de salud. En este contexto, se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) mediante la Ley 100 de 1993.

Antes de la reforma, los hospitales públicos operaban con presupuestos históricos sin relación con el volumen de servicios prestados. La reforma permitió que los hospitales públicos compitieran con prestadores privados por la compra de servicios de las aseguradoras, basándose en calidad y precio. Sin embargo, surgieron fallas de mercado que requerían una regulación estatal clara para garantizar la selección informada de aseguradoras, evitar la selección adversa de riesgos y la formación de monopolios, y asegurar que los prestadores cumplieran con normas de calidad (Sanchez, F, Nuñez J, 1999, p.170).

### **Logros y retos de la reforma sanitaria:**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia se financia principalmente mediante cotizaciones de empleadores y empleados, y recursos fiscales nacionales. Las cotizaciones representan el 12.5% del salario mensual, con 4% asumido por el

empleado y 8.5% por el empleador, influidas por el empleo formal y afectadas negativamente por el desempleo y la informalidad. Los recursos fiscales se canalizan a través del Sistema General de Participaciones (SGP). Desde 1993, la cobertura del SGSSS ha aumentado significativamente, especialmente en el régimen subsidiado, que creció 2.8 veces más que el régimen contributivo entre 2002 y 2008. La Ley 715 de 2001 modificó las transferencias a las regiones, reduciéndolas en un 12% del PIB entre 2002 y 2009. A pesar de la recuperación del PIB desde 2000, el financiamiento del SGSSS se desarrolló con dificultades macroeconómicas. La afiliación y el gasto en salud aumentaron, especialmente durante la crisis económica de 1997 a 1999. Sin embargo, el equilibrio financiero del SGSSS se comprometió a partir de 2007, coincidiendo con el crecimiento del régimen subsidiado, estimándose los recursos totales en \$30.135.957 millones de pesos colombianos en 2009.

A finales de 2009, el gasto en salud creció significativamente, amenazando la sostenibilidad del SGSSS debido a prestaciones no incluidas en el POS, financiadas mediante tutelas y recobros. Los recobros del régimen contributivo se financian con recursos del FOSYGA, mientras que los del subsidiado deben ser cubiertos por entidades territoriales. Solo una parte de las tutelas (37.4% de medicamentos y 23.3% de tratamientos) corresponde a prestaciones no-POS, evidenciando políticas indebidas de las EPS. En el régimen contributivo, la proporción de beneficiarios aumentó, y el régimen subsidiado creció frente al contributivo. Las transferencias a municipios disminuyeron entre 2002 y 2009, y los flujos financieros se volvieron lentos. Ante la crisis, el gobierno declaró la Emergencia Social, permitiendo decretos para cubrir el déficit, aunque la Corte Constitucional los anuló, excepto los que habilitaban nuevos recursos. En 2010, bajo el gobierno de Santos, se aprobó una ley para mantener estos recursos y reformar la Ley 100, culminando en la Ley 1438 de 2011, que busca la cobertura universal para 2015, la actualización del POS, la expansión de la Atención

Primaria, y estrategias para controlar recobros y costos, asegurando la sostenibilidad del sistema.

De todo lo anterior puede decirse que los gastos en salud han aumentado considerablemente, especialmente por servicios no cubiertos en el plan oficial. Las fuentes de financiamiento no son suficientes; las cotizaciones y recursos fiscales no cubren los costos crecientes, causando déficits en las entidades territoriales. Aunque la cobertura ha aumentado, la distribución de recursos y la calidad de los servicios son desiguales, y los sectores más vulnerables no siempre reciben la atención necesaria. Las EPS, encargadas de gestionar los fondos, a menudo no pagan a tiempo a los proveedores, afectando a hospitales y clínicas. Además, la liberalización de los precios de medicamentos en 2006 ha llevado a aumentos significativos en los costos, presionando aún más el sistema. La falta de regulación efectiva ha permitido prácticas indebidas por parte de las EPS, afectando la eficiencia y equidad del sistema.

### **Objetivo General:**

Conocer y evaluar el sistema de salud en el municipio de pueblo nuevo especialmente en las zonas rurales, con el fin de tomar las medidas necesarias, para la implementación de las

herramientas, instrumentos necesarios para poder brindarle una mejor calidad de servicios en la salud a los habitantes

### **Objetivos Específicos**

- Planificar brigadas de salud en las zonas rurales y al mismo tiempo recolectar información confiable sobre insumos, medicamentos e instrumentos necesarios
- Escuchar a la comunidad para proporcionar una solución suficiente y efectiva para resolver déficit en el sistema de salud que se brinda en la comunidad

### **Condiciones actuales del Sistema de salud en pueblo Nuevo Cordoba**

El municipio de Pueblo nuevo córdoba, ubicado en el departamento de Córdoba, presenta un panorama complejo en términos de servicios de salud. Según el Registro Social de Hogares, en 2023 se registraron 17,868 personas afiliadas al régimen contributivo y 94,033 personas al régimen subsidiado. Esta distribución muestra una alta dependencia de los recursos del régimen subsidiado, subrayando la vulnerabilidad socioeconómica de la población local.

Segun el plan de desarrollo municipal “Todos somos Pueblo nuevo2024-2027” en cuanto a la infraestructura sanitaria, Pueblo nuevo córdoba cuenta con diversas Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que ofrecen una gama de servicios. Para el año 2020, el municipio disponía de 6 IPS habilitadas para esterilización, 8 para fisioterapia, 12 para laboratorios clínicos, y 18 para servicios farmacéuticos. En el ámbito de la consulta externa, se contaban con 8 servicios de cirugía general, 4 de anestesia, 24 de odontología, 10 de pediatría, 9 de ginecobstetricia, 9 de medicina interna, y varios otros especializados. Adicionalmente, se brindaban servicios de detección temprana y protección específica en salud oral, visual, crecimiento y desarrollo, embarazo, cáncer, y planificación familiar.

A pesar de esta infraestructura, los recursos disponibles son limitados en relación con la demanda. En 2020, la razón de camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes era de 2.53, con solo 1 cama disponible para adultos y 0.47 camas de cuidados intensivos. Además, la disponibilidad de ambulancias era extremadamente Baja, con 0.02 ambulancias básicas y medicalizadas por cada 1,000 habitantes. Estos indicadores reflejan una capacidad insuficiente para atender emergencias y hospitalizaciones, exacerbando la carga sobre el sistema de salud local.

### **Desafíos del Sistema de Salud en Pueblo nuevo córdoba**

El Sistema de salud en Pueblo nuevo córdoba enfrenta varios desafíos críticos que afectan su eficiencia y calidad. Primero, la alta dependencia del régimen subsidiado implica que una gran proporción de la población depende de los recursos públicos para acceder a servicios de salud, lo que puede sobrecargar el sistema y limitar la disponibilidad de atención para quienes la necesitan más urgentemente.

La infraestructura sanitaria, aunque relativamente extensa, no es suficiente para cubrir adecuadamente las necesidades de la población. La baja proporción de camas hospitalarias y de cuidados intensivos, junto con la escasez de ambulancias, limita la capacidad de respuesta en situaciones de emergencia y de atención hospitalaria. Esta insuficiencia se ve agravada por el hecho de que muchas de las instalaciones y servicios especializados están al máximo de su capacidad, lo que puede llevar a retrasos en la atención y a una menor calidad del servicio.

Además, la gestión de los recursos financieros presenta dificultades. La falta de pagos oportunos por parte de las EPS a los proveedores de servicios (IPS) crea un ambiente de inestabilidad financiera que puede afectar la continuidad y la calidad de los servicios. Esta situación es especialmente preocupante en un contexto donde las necesidades de salud son altas y los recursos son limitados.

La falta de regulación efectiva y la ineficiencia en la gestión de los precios de medicamentos, liberalizados en 2006, han llevado a aumentos significativos en los costos, afectando la sostenibilidad del sistema. Estos factores, combinados con la alta proporción de beneficiarios frente a cotizantes en el régimen contributivo y la disminución de transferencias a los municipios, contribuyen a un escenario de financiamiento precario y flujos financieros lentos y morosos.

En respuesta a estas crisis, el gobierno nacional ha implementado medidas como la declaración de Emergencia Social en 2009 y la aprobación de la Ley 1438 de 2011, que busca lograr la cobertura universal, actualizar y unificar el POS, expandir la Atención Primaria y establecer estrategias de control de recobros y costos. Sin embargo, la implementación de estas medidas sigue siendo un desafío, y se necesita una supervisión continua para garantizar que se logren los objetivos propuestos.

## **Justificación**

En conclusión, el sistema de salud en Pueblo nuevo córdoba está marcado por una infraestructura insuficiente, una alta dependencia de recursos públicos, y desafíos significativos en la gestión financiera y operativa. La mejora de este sistema requiere no solo una expansión de los recursos disponibles sino también una gestión más eficiente y regulaciones más efectivas para garantizar que todos los ciudadanos tengan acceso a una atención de salud de calidad.

### **Metodología**

En relación a las ideas principales en las que se centra esta investigación, cabe mencionar que la metodología utilizada es puramente cualitativa

<b>Teoría</b>	método	resultados
Problemas en el Sistema de salud	Acabar con las fallas regulatorias	Equidad en el sistema de salud  Aumentar la infraestructura especialmente en las zonas rurales
	La información suministrada sea completa	Acabar con la ineficiencia en la atención medica

### **Conclusiones**

La investigación revela que, a pesar de una infraestructura relativamente extensa de instituciones prestadoras de salud (IPS) Pueblo Nuevo, la capacidad de respuesta sigue siendo insuficiente para satisfacer las necesidades de la población. La baja proporción de

camas hospitalarias y la escasez de ambulancias básicas y medicalizadas resaltan una debilidad significativa en la atención de emergencias y hospitalizaciones. La alta dependencia del régimen subsidiado subraya la vulnerabilidad socioeconómica de la región. Deficiencias en la atención médica, exacerbadas por la mala gestión y la falta de pagos oportunos de las EPS, afectan gravemente la calidad de vida. La inequidad en la distribución de recursos y la calidad de los servicios requiere una intervención urgente para garantizar que los más vulnerables reciban la atención necesaria. Medidas como la Ley 1438 de 2011 son pasos correctos, pero su eficacia depende de una implementación robusta y supervisión continua. Es esencial mejorar la gestión y regulación del sistema para asegurar acceso a una atención de salud de calidad y garantizar la sostenibilidad a largo plazo del sistema de salud.

## **REFERENCIAS**

A la Descentralización, M. D. A., Molina, C. G., Rueda, M. C., Ramirez, M. A., & Giedion, U. (1993). El gasto público en salud y distribución de subsidios en Colombia: informe final. Departamento Nacional de Planeación.

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. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2817-2828.  
<https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n6/2817-2828/es>

Castaño R., Arbeláez J., Giedion U., Morales L. Evolución de la equidad en el Sistema colombiano de salud. Serie Financiamiento del Desarrollo. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2000. Disponible en:  
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/5085-evolucion-la-equidad-sistema-colombiano-salud>

Colombia. Congreso de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993.  
[http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)

Colombia. Congreso de Colombia. (2001). Ley 715 de 2001.  
[http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0715\\_2001.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0715_2001.html)

Consejo Municipal de Pueblo Nuevo Córdoba. (2024). *Acuerdo 007: Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo Municipal “Todos Pueblo nuevo córdoba 2024-2027”*.  
Consejo Municipal de Pueblo Nuevo.

Sánchez F., Núñez J. (1999), Descentralización, pobreza y acceso a los servicios sociales.  
Quién se benefició del Gasto Público social en los noventa? *Coyuntura Social*. 20:165-192.  
<https://www.sidalc.net/search/Record/cat-unco-ar-43084/Description>

