Imprimir

Por: Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760, Por una Reforma Estructural al Sistema de Salud[1]

Presentación

El presente documento constituye el acumulado de una amplia discusión que se ha llevado cabo desde diversos escenarios de la sociedad civil, los movimientos sociales por la salud, agremiaciones médicas, de pacientes, profesionales de la salud, instituciones académicas, y personas que han participado en distintos niveles de la gobernanza del sector salud desde la perspectiva local, nacional, internacional, de los organismos de control, de la administración de instituciones hospitalarias, de la comunidad científica, que convergen alrededor de la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 Por Una Reforma Estructural del Sistema de Salud que es una órgano de la sociedad civil consultivo de la Corte Constitucional en materia de políticas públicas de salud.

Se ha construido desde hace cinco tres a partir de un estudio juicioso de la ley estatutaria 1751 de 2015 y la Sentencia C– 313 de 2014 de la Corte Constitucional, una revisión exhaustiva de la ley 100 de 1993, sus reformas y políticas posteriores, cuyo modelo es contrario al delimitado por la ley estatutaria que establece el derecho fundamental a la salud y que aún no ha sido reglamentada. Esta discusión se ha nutrido a partir de diversos seminarios, diplomados y escuelas de liderazgos que han desarrollado durante estos años las organizaciones que hacen parte de la propuesta.

El documento contiene un decálogo que constituye una síntesis de un proyecto de ley de reforma estructural al sistema de salud para reglamentar la ley estatutaria 1751 de 2015, y posteriormente una exposición de motivos que analiza la actual situación de la pandemia por el Sars Cov Covid-19 desde la perspectiva del sistema de salud, unos antecedentes históricos de lo que ha sido el modelo instaurado por la ley 100 de 1993, sus resultados desde la perspectiva de salud pública, prestación de servicios y manejo transparente de los recursos públicos de la salud. Un análisis sucinto de lo que han sido las políticas públicas de salud desarrolladas en el marco de este modelo en los gobiernos de los presidentes Juan Manuel

Santos e Iván Duque Márquez.

En un tercer momento se desarrollan cada uno de los capítulos que constituyen el proyecto de ley alternativo de reglamentación de la ley estatutaria, en donde se presenta una parte diagnóstica, la justificación de la propuesta alternativa, en lo relativo a la organización general del sistema, prestación de servicios de salud, financiamiento, política de talento humano en salud, mecanismos de resolución de conflictos en decisiones de diagnóstico y tratamientos, inspección vigilancia y control, determinantes sociales de la salud, política de formalización laboral, política farmacéutica, control de precio de medicamentos y tecnologías en salud, participación social en salud, red de hospitales públicas y políticas prioritarias.

Se hace entrega al país, a las diversas organizaciones de la sociedad civil, a los movimientos sociales, a los pacientes, trabajadores y trabajadoras de la salud, a la comunidad académica y científica, a los partidos políticos, a los tomadores de decisiones de política pública, a los candidatos a la Presidencia, a los Candidatos al Congreso de la República, de esta propuesta que esperamos someter al debate público, para que sea nutrida, ampliada, y considerada como una de las agendas de transición democrática que requiere Colombia para la garantía de un derecho fundamental como la salud y el cuidado de la vida.

DECÁLOGO POR UN CAMBIO ESTRUCTURAL DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, por una Reforma Estructural del Sistema de Salud, es un organismo técnico y representativo de diversas organizaciones sociales, gremiales, sindicales, académicas y científicas de la sociedad civil, de médicos, profesionales y demás trabajadores de la salud, pacientes, estudiantes y diversos sectores de la población, que participó con ellas en el diseño, discusión, trámite y aprobación de la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015, la cual sentenció que en Colombia la salud es un derecho constitucional fundamental autónomo y humano. Desde entonces, a partir del articulado del proyecto de ley construido por la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud, ANSA, del cual hizo parte la Comisión, se ha venido trabajando desde hace tres años

en la redacción de un nuevo proyecto de ley alternativo para desarrollar y reglamentar la LES, que ha sido desvirtuada por los gobiernos mediante decretos, resoluciones y otras normas, hasta el fallido intento de reformar el actual sistema de salud con el proyecto de ley 010 del Senado y 425 de la Cámara de Representantes. Este, finalmente, fue archivado en medio de la crisis de la salud y del Paro Nacional, en época preelectoral, por la presión de diversas organizaciones de la sociedad civil, del sector salud y por la ciudadanía que se ha movilizado para protestar desde el 28 de abril del 2021.

El presente documento es el Decálogo que contiene las bases de una Reforma Estructural al Sistema de Salud, en desarrollo de la LES 1751/2015, elaborado por la Comisión y diversas organizaciones de la sociedad civil, con el objetivo de generar un debate público. Mas adelante se presentará a la sociedad colombiana el primer borrador del articulado del proyecto de ley para que sea discutido ampliamente como un aporte a la construcción de una de las reformas más importantes que requiere Colombia en materia de derechos humanos, sociales, económicos y culturales, en el contexto de una transición política y democrática que reclama cambios profundos para garantizar los derechos fundamentales, encabezados por el derecho a la vida como valor supremo.

Generalidades del Nuevo Sistema de Salud y Seguridad Social:

- Será un sistema público, descentralizado, con atención de los servicios de salud a cargo de entidades públicas, mixtas y privadas.
- En el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud no existirá la intermediación ni la administración privada del sistema, que es prohibida por la LES.
- El nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud estará cimentado sobre una fuerte Estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (Artículo 12, LES), con acceso universal, igualitario, no asociado a la capacidad de pago, puesto que los derechos fundamentales no están subordinados a una afiliación y solo se requiere ser residente o estar transitando en el territorio nacional para disfrutar el goce efectivo del derecho a la salud.
- La organización del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud estará basada en las Redes Integrales de Servicios de Salud (Art 13, LES), un Sistema Nacional de Referencia y

Contrarreferencia, organizado en y por los Territorios de Salud con el apoyo de unidades técnico-administrativas, que garanticen la continuidad, integralidad, oportunidad y eficiencia de la atención en salud (Art. 4, Art.13, Art. 8, Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional).

- El nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud estará orientado no solamente a la prestación integral de servicios (Art 8, LES), sino también al control de los riesgos de la salud y la gestión de los determinantes sociales de la salud en el marco de una política pública transectorial (LES Artículo 9).
- El nuevo Sistema garantizará a los trabajadores de la salud el disfrute de condiciones laborales justas, dignas y estables, y respetará sus derechos adquiridos (Articulo18-LES).
- La Política de formación, capacitación y actualización del Recurso Humano es una obligación permanente, garantizada por el Nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud.
- Para financiar el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud todos ponen; la administración de los dineros será descentralizada mediante un manejo técnico y transparente de los recursos.
- El Nuevo Sistema Seguridad Social en Salud contará con un Sistema Único de Información en Salud con alta tecnología de última generación, transparente y de carácter público; permanecerá disponible en línea y tiempo real.
- El Nuevo Sistema elaborará la Política Farmacéutica y de Evaluación de Tecnologías e Innovaciones en Salud (medicamentos, dispositivos médicos y demás insumos), que actualizará bienalmente.

1. Determinantes Sociales de la Salud:
   Los determinantes sociales de la salud están contenidos en la Carta Internacional de Derechos y, según expresa la Observación 14 de Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) del año 2000, de la ONU, “esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud”. “El derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud.” Así mismo, el artículo 12 establece el derecho de los pueblos “al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”; el compromiso a tomar las “medidas que deberán adoptar los Estados Parte a fin de asegurar la

plena efectividad de este derecho", y que la salud depende no solo de factores biológicos sino también socioeconómicos, que permitan a las personas y comunidades vivir en un ambiente sano que los pueda llevar a una vida sana; entre ellos se encuentran:

1. Acceso a agua potable limpia y a condiciones sanitarias adecuadas
2. Disponibilidad de alimentos sanos para una buena y adecuada nutrición (seguridad alimentaria)
3. Derecho a vivienda digna, energía eléctrica y disposición de excretas
4. Condiciones de trabajo dignas, seguras y sanas
5. Medio ambiente sano
6. Acceso al trasporte
7. Acceso a la educación y recreación
8. Condiciones de vida digna
9. No discriminación de ningún tipo
10. Paz (Violencia o Conflicto armado)
11. Acceso a la información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.
12. Participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.
13. Diferencias y enfoques basadas en la perspectiva de género
14. Distribución de los recursos (Distribución social de la riqueza)
    En consecuencia, el Sistema Nacional Seguridad Social en Salud contará con una Comisión Intersectorial nacional y territorial, de carácter vinculante, que:

1. *Estudie dónde y cómo inciden los determinantes sociales de la salud en las comunidades y los individuos*
2. *Incluya metas y acciones específicas en las políticas públicas nacional y locales, conforme a los establecido en la Observación General 14 del año 2000, la Sentencia C-313 de 2014 y el artículo 9 de la ley estatutaria de salud que afecten positivamente estos determinantes para avanzar en el mejoramiento de la salud de la población.*
2. Gobierno del Nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud por parte del Estado; Rectoría del

mismo por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (Art 20 LES, Política Pública de Salud):
El Estado colombiano ejerce el gobierno del Nuevo Sistema Seguridad Social en Salud a través del Ministerio de Salud y Protección Social. La rectoría del sistema de salud la ejerce el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que estará conformado por el ministro de Salud y Protección Social, el ministro de Hacienda y por representantes de otros entes descentralizados y organizaciones representativas de la sociedad civil; será el encargado de definir las políticas públicas de salud y se constituye como Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El mapa sanitario del país estará conformado por Territorios Saludables establecidos conforme a las características epidemiológicas, sociodemográficas, económicas, geográficas y de servicios públicos de cada región colombiana, que constituirá sus propios entes rectores territoriales. Esto supone que un Territorio Saludable puede estar compuesto por segmentos de divisiones político-administrativas distintas que comparten, esencialmente, características epidemiológicas, culturales, geográficas, cercanía entre sí y lejanía de sus centros administrativos departamentales (Ejemplo: Girardot, Ricaurte, Flandes, Melgar, donde confluyen Cundinamarca y Tolima; Cravo Norte, Mochuelo, La Culebra, donde confluyen Arauca, Casanare y Vichada).

En ese sentido, cada Territorio Saludable tendrá un ente rector (Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud) para lo cual contará con una alianza participativa y operativa de los entes departamentales, distritales y municipales de salud, más las organizaciones de la sociedad civil presentes en el territorio. Esto redunda en un nuevo concepto de lo público, que no está referido a la estatización de la rectoría y administración del sistema, sino que se entiende lo público como el espacio donde se expresan y se resuelven las necesidades de la sociedad, en el Estado Social de Derecho que es Colombia, según el Artículo 1 de la Constitución de 1991. Con este diseño se evita la cooptación privada de las instituciones estatales como expresión de intereses clientelares o particulares, y se supera el equívoco que introdujo la ley 100 de 1993 al plantear que las instituciones privadas podrían manejar de manera proba y trasparente los recursos públicos de la salud y gestionar mejor la salud

pública, postulado que resultó ser falso.

La dirección y administración del sistema estará a cargo de unidades técnico-administrativas dependientes de los Territorios Saludables en los niveles departamental, distrital y municipal, y del Ministerio de Salud y Protección social a nivel nacional.

3. Dignidad de los Médicos, Profesionales y Trabajadores de la Salud: Garantías Laborales Justas, Dignas y Estables (Articulo18-LES):
   El régimen y la política laboral del recurso humano en salud se conformará de acuerdo con el establecimiento de una metodología de requerimientos de cantidad, perfiles y organización, acorde a las características del sistema de salud y a las necesidades de salud de la población, constituyéndose en un régimen especial en el sector público, privado y mixto; esto significa un contrato laboral estable, digno y decente, la recuperación de las plantas laborales en las entidades públicas, conforme a lo establecido en el artículo 18 de la Ley Estatutaria de Salud.

   La Política Laboral del Recurso Humano en Salud promoverá y articulará el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la salud en condiciones adecuadas de desempeño, gestión y desarrollo de sus trabajadores; se verán reflejadas en políticas institucionales de largo plazo que permitan garantizar la calidad de los servicios de salud y el desarrollo integral de los trabajadores como eje fundamental del sistema de salud.

   El Recurso Humano en Salud es la comunidad de trabajadores del Sistema Nacional Seguridad Social en Salud, constituida por personas idóneas y portadoras de conocimientos de diferentes disciplinas de las ciencias de la salud, que en el conjunto de sus diversas actividades laborales participan tanto en los procesos de promoción de la salud como de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, readaptación y paliación de las enfermedades, así como en la actividad formativa, educativa, de actualización de los trabajadores de la salud y de investigación científica y técnica para garantizar a la población el goce de su derecho fundamental a la salud.

Se garantiza el reconocimiento de los derechos laborales de los trabajadores de la salud en cumplimiento de las directrices de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en el marco de la política pública de trabajo digno y decente y, así mismo, la autonomía profesional y la dignidad de los trabajadores de la salud.

4. La Política de Formación, Capacitación y Actualización del Recurso Humano en Salud:
   Tanto en el nivel nacional como en el de Territorios Saludables, cada organismo rector correspondiente y las instituciones del sistema competentes para tal efecto, planearán y diseñarán los programas de educación y prácticas que lleven a cabo la formación, capacitación y actualización permanente, así como la estrategia de ubicación del Recurso Humano en salud en todo el país, fundamentados en estudios válidos que respondan a las necesidades de salud de la población, respetando la autonomía universitaria y profesional a la vez que, con las instancias estatales pertinentes, vigilen el cumplimiento de su autorregulación (Art 17, LES).

   Las instituciones públicas, privadas y mixtas del sistema, destinarán y garantizarán los recursos y el tiempo de trabajo utilizado en la actualización y educación continua de los trabajadores de la salud. Esta actividad permanente del Sistema de Salud será llevada a cabo con financiación pública proveniente de los dineros que para tal efecto deben presupuestar las Instituciones que hacen parte de las redes integrales para la prestación de servicios de salud y preservará la autonomía e independencia intelectual y moral las profesiones, las distintas disciplinas y de los trabajadores de la salud. Los Ministerios de Salud y Educación establecerán reglas claras, precisas y rigurosas para la convalidación de títulos extranjeros y se dará cumplimiento a la Ley de Residencias Médicas (Ley 1917 de 2018), con implementación efectiva de la regulación de matrículas.

5. Financiación del Sistema de Salud:
   Todos ponen

   En el mismo lugar donde se genera la riqueza (los excedentes económicos) deben recaudarse los recursos necesarios para asegurar el bienestar de la población, en especial los

destinados a garantizar la salud y la seguridad social. La financiación de la salud y la seguridad social debe ser tripartita, como se estableció internacionalmente, desde su origen, en los Estados de bienestar.

Todas las empresas, trabajadores, independientes y rentistas de capital deben aportar sin excepción a fondos parafiscales; las empresas en proporción a los contratos realizados por trabajos o servicios personales, y los trabajadores, cuentapropistas y rentistas en proporción a su ingreso. Todo contrato o pago de trabajo, sin importar la forma jurídica, debe incluir aportes a la seguridad social que, en caso de no realizarse, generarán una deuda exigible con la seguridad social y se constituirá en una obligación fiscal que generará cobro coactivo.

El Estado podrá subsidiar temporalmente las obligaciones de aportes para salud de microempresas y de cuentapropistas, cuando su renta presuntiva sea inferior a la línea de pobreza monetaria de una familia promedio. En ningún caso, el no pago o el atraso en las obligaciones con la seguridad social de empresas, trabajadores, cuentapropistas o rentistas se constituirán en barrera para el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional.

Descentralización

Los recursos destinados a la salud y la seguridad social en salud respetarán la descentralización político-administrativa del país, establecida en la Constitución de 1991. Por ello, y por la necesidad de fijar competencias y responsabilidades de los servicios de salud y del manejo de los recursos, se establecerán varios niveles de financiamiento que descentralicen efectivamente rentas y gastos.

Los municipios y distritos recibirán efectivamente los recursos de participaciones de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN) que determinó la Constitución del 91 para la salud de sus habitantes y ubicarán estos recursos en un Fondo de Salud Municipal, junto con los recursos propios, con destinación específica a financiar directamente las instituciones encargadas de la atención básica en salud de sus habitantes y los servicios de promoción de la salud, control de los factores de riesgo y las acciones sobre los determinantes sociales,

integradas como un servicio público, con participación social, dirigido a lograr una mejoría constante en los indicadores de salud y calidad de vida de la población.

Los departamentos y distritos dispondrán de: 1. un Fondo Departamental o Distrital de Seguridad Social en Salud, que integrará las rentas cedidas; 2. del recaudo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y 3. de otros recursos propios. Estos recursos serán para planear, organizar, dirigir y adecuar las instituciones hospitalarias públicas, mediante presupuestos de funcionamiento e inversión orientados a garantizar la suficiencia de la oferta de servicios de mediana y alta complejidad en el territorio, incluida la red de urgencias, y para desarrollar los servicios de transporte de pacientes; todo en busca de optimizar la capacidad de respuesta territorial a las necesidades de atención de la población. Los departamentos y distritos deberán asignar un 2% de su presupuesto para la formación y cualificación de los trabajadores de la salud.

Se organizará un nivel regional, que integrará grupos de departamentos y distritos bajo un "territorio de salud", que contará con un Fondo Regional de Seguridad Social en Salud, al que ingresarán todos los aportes de seguridad social de salud de empresas, trabajadores, independientes y rentistas de capital del territorio y que integrará los recursos destinados a salud de las Cajas de Compensación. Los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud financiarán hospitales públicos y pagarán los servicios prestados por los privados que se integren a la red de servicios del territorio, por mecanismos de reconocimiento de servicios prestados de mediana y alta complejidad, a las tarifas únicas y obligatorias de prestación de servicios que fije el Gobierno Nacional.

El nivel nacional manejará un Fondo Nacional de Compensación que se financiará con un 10% del recaudo de los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud. El Fondo Nacional de Compensación incluirá un sub-Fondo o seguro para apoyar a los territorios en situaciones de catástrofes, eventos catastróficos y desastres. También constituirá un sub-Fondo para garantizar el tratamiento de enfermedades raras de pacientes de todos los territorios en entidades especializadas, con recursos del presupuesto general.

Manejo técnico y transparencia en los recursos

Para garantizar el manejo técnico de los recursos correspondientes a los fondos de salud y seguridad social, en todos los niveles de financiamiento del Sistema, se constituirán Unidades de Planificación y Evaluación que asesorarán la formulación de los planes anuales y evaluarán el cumplimiento de las metas. Estas unidades rendirán informes trimestrales a las respectivas autoridades y a los organismos de control, al tiempo que garantizarán el acceso público y abierto a toda la información disponible. Se propenderá por que exista un control ciudadano mediante veedurías con conceptos vinculantes.

6. Red de Hospitales Públicos:
   Existirá una política de fortalecimiento prioritario de la red pública de servicios de salud en todos los niveles, priorizando la Atención Primaria Integral en Salud (APIS) con capacidad resolutiva suficiente; los Hospitales Universitarios jugarán su papel como centros de conocimiento y referencia de pensamiento, de formación profesional, investigación e innovación en beneficio de la salud de la población, y como propulsores de los sistemas de información y comunicación requeridos por el Sistema de Salud en particular y el país en general, bajo los principios de rentabilidad social y subsidio a la oferta (Ley estatutaria, Art 24), en el contexto de las redes integrales de servicios de salud (Art 13, LES), para lo que se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud coordinarán la conformación de las Redes Integradas e integrales de Servicios de Salud (RISS), basadas en un modelo de cooperación superando el concepto de competencia que ha primado hasta ahora.
- En el nivel nacional y territorial el Estado privilegiará y financiará la política pública de fortalecimiento de los hospitales públicos, garantizando los recursos para su adecuado funcionamiento, con suficientes instrumentos que incentiven el trabajo en RISS, con énfasis en las áreas rurales y dispersas del territorio nacional.
- Se generará un componente de habilitación que favorezca la capacidad resolutiva de los primeros y segundos niveles de atención para el trabajo en redes integrales en torno a las necesidades de salud de la población, con criterios de calidad y rentabilidad social.

- Las RISS funcionarán esencial y principalmente con los Equipos de Salud, y según las limitaciones reales de cada Territorio adoptarán las modalidades de telesalud y atención domiciliaria con el objetivo de mejorar permanentemente la cobertura, la coordinación asistencial, la continuidad y la integralidad en el cuidado de la población.

7. Sistema Público de Información en Salud:
   Desarrollo de un sistema de información único, público, trasparente, disponible en línea, que usando las últimos recursos tecnológicos de Big Data, Procesamiento Digital de Imágenes, cadena de bloques y demás recursos para Inteligencia Artificial, permita recuperar el máximo de información económica, clínica, científica, tecnológica, técnica y administrativa, desde los orígenes del sistema de salud vigente, para preservar recursos económicos y epidemiológicos, así como tener los elementos empíricos oportunos para la toma de decisiones en política pública, y que en sí mismo sea un instrumento de soporte a la justicia para sancionar la corrupción y evitarla en el sector salud (Art 17, LES).

   El Sistema incluirá los datos necesarios para garantizar la información sobre componentes individuales, demográficos, determinantes de salud, genéticos y clínicos, que incluyen diagnósticos con sus ayudas y resultados, procesos de intervención terapéutica, rehabilitadora y de paliación, incluyendo administrativos y contables. Un elemento constitutivo de este sistema será la historia clínica única. Todo esto, garantizando el derecho fundamental constitucional a la intimidad y a la privacidad de cada persona.

8. Política Farmacéutica e Innovaciones Tecnológicas en Salud (Artículo 23 LES):
   En relación con medicamentos, dispositivos médicos y demás tecnologías de la salud:

   a) Creará un organismo independiente de evaluación periódica científico-técnica y económica a todas las tecnologías de salud, para poder aceptarlas.

   b) El sistema de salud velará por la seguridad de las personas sujetas a tratamientos médicos, quirúrgicos, de rehabilitación y de paliación, y financiará los medicamentos y demás tecnologías existentes, con utilidad y seguridad demostradas mediante rigurosos estudios científicos independientes, requeridos para la atención integral en salud (Art 15,

LES).

c) Desarrollará y actualizará continuamente la política farmacéutica basada en el concepto de medicamentos esenciales (componente de la atención primaria) y en la utilización exclusiva de las denominaciones comunes internacionales.

d) Desde el ejercicio de la Autonomía Profesional, las organizaciones científicas, académicas y gremiales de las distintas profesiones y disciplinas de la salud desarrollarán mecanismos de autorregulación para la prescripción de medicamentos y tecnologías de salud, conforme lo establecido en el artículo 16 de la ley estatutaria que establece: “Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios de salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley.”

e) Habrá sistematización total de atenciones, prescripciones y transacciones del sistema de salud con portabilidad de historias clínicas, conectividad universal y acceso público al microdato.

f) Se desarrollarán mecanismos evaluadores de pertinencia y resultados en salud.

g) Se creará un sistema público de producción y participación en cadenas de suministro, con énfasis en transferencia de tecnología y soberanía nacional.

9. Sistema Integrado de Inspección, Vigilancia y Control

La Supersalud será una instancia autónoma e independiente, con presupuesto propio, con presencia y funcionamiento en todo el territorio nacional, como máximo órgano de inspección, vigilancia y control del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, cuya misión y función es garantizar a la población residente en Colombia el pleno disfrute del Derecho Fundamental a la Salud velando por que se cumpla lo establecido en el Artículo 5° de la LES. La Supersalud responderá por su gestión ante el Estado colombiano en las

instancias competentes como son el Ministerio de Salud y Seguridad Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y los Consejos Territoriales de Seguridad Social y Salud.

10. Derogatoria de toda normatividad contraria a la Ley Estatutaria de Salud
    Esto implica la derogatoria de carácter permanente de todas las normas adoptadas por los planes de desarrollo en relación con el Sector Salud, la derogatoria del libro 1 de la ley 100/93 y de sus normas modificatorias, así como de toda la regulación orientada al aseguramiento comercial y los Decretos, Resoluciones sobre Afiliación, listados de Exclusiones y demás normatividad emanada del Ministerio de Salud y Protección Social y demás instancias del poder Ejecutivo y legislativo que le sean contrarias a la ley estatutaria 1751 de 2015 y a la ley que desarrolle este decálogo.

    La presente Ley derogará toda la normatividad que afecte el carácter público y la destinación específica de los recursos de la salud, que conforme a lo interpretado por la Corte Constitucional en su jurisprudencia: "…no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente", lo cual significa que bajo ninguna circunstancia los recursos de salud podrán destinarse al pago de otros emolumentos que no se relacionen directamente con garantizar el derecho a la salud de las personas.

    Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, Por Una Reforma Estructural al Sistema de Salud

    Federación Médica Colombiana (FMC)

    Asociación Médica Sindical Nacional (ASMEDAS Nacional)

    Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR)

    Asociación Colombiana Médica Estudiantil (ACOME)

    Médicos Unidos de Colombia (MUC)

Propuesta de Reglamentación y Desarrollo de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 Para la Garantía del Derecho Fundamental a la Salud en Colombia

Asociación Sindical Médica de Antioquia

Corporación Latinoamericana Sur

EXPOSICION DE MOTIVOS AL PROYECTO DE LEY

“Por la cual se desarrolla el Sistema de Salud, definido por la ley Estatutaria y se establecen normas para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos los habitantes residentes en el país

BASES PARA UNA PROPUESTA DE REFORMA ESTRUCTURAL DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

INTRODUCCIÓN

La presente exposición de motivos al Proyecto de Ley “Por la cual se desarrolla el Sistema de Salud, definido por la ley Estatutaria y se establecen normas para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos los habitantes residentes en el país”, tiene como punto de partida la propuesta de política pública para la reforma integral y estructural al sistema de salud en Colombia elaborada por la sociedad civil y dirigida a los candidatos a la Presidencia de la República en los comicios electorales del año 2018. Frente a dicha propuesta se hizo una actualización del diagnóstico del sistema de salud que se ha mantenido vigente en sus condiciones estructurales en estos 4 años, y cuya fragilidad ha quedado develada por la pandemia de Covid-19 generada por el virus SARS-CoV-2, cuyo manejo en Colombia no ha tenido resultados positivos, entre otros motivos por la elevada tasa de mortalidad observadas desde su mismo inicio hasta la presente, ante la falta de asertividad en el

direccionamiento del manejo de la pandemia y la inadecuada respuesta del sistema.

En ese contexto, se muestran algunos resultados de la pandemia de Covid-19 en Colombia, que da cuenta de las dificultades del sistema para evitar mortalidades en el contexto de la pandemia, la presentación de unos antecedentes históricos de la salud en Colombia, un diagnóstico del mismo en donde se revisa el aseguramiento, la prestación de servicios, el recurso humano, los determinantes sociales de la salud, los resultados en salud, y al final se presenta un decálogo que sintetiza la propuesta de reforma estructural del sistema de salud que se consigna en un articulado alternativo de proyecto de ley ordinaria que se ha venido trabajando desde la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760, Por una Reforma Estructural del Sistema de Salud, que como instancia consultiva y asesora de ese alto tribunal de la justicia en este país, es un organismo técnico y representativo de la sociedad civil, en donde convergen diversas organizaciones médicas, de pacientes, profesionales de la salud, académicas y científicas. Así las cosas, esta propuesta alternativa tiene como objetivo plantear la reglamentación de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015), mediante la cual se definió el ámbito del derecho fundamental a la salud y se declaró la salud como derecho humano fundamental autónomo.

La pandemia y la crisis del sistema de salud en Colombia

La pandemia de Covid-19 desnudó un conjunto de fragilidades estructurales del sistema de salud en Colombia que se ha traducido en la pobre respuesta y mal manejo de la misma, identificado en los diversos estudios comparativos realizado por organismos científicos. En septiembre de 2020, la prestigiosa revista médica británica The Lancet[2] publicó una comparación entre 91 países, en el que Colombia para agosto de 2020 quedó entre los países categorizados en rojo. Al medir el número de nuevos casos por día por millón de habitantes, como una de las variables de transmisibilidad, Colombia quedó entre los tres países con más alta transmisibilidad, lo que connotaba un fracaso en la política de pruebas realizadas, y la necesidad de replantear la política pública del PRASS (Prueba, Rastreo y Aislamiento Selectivo) que había adoptado el Ministerio de Salud y Protección Social para enfrentar la pandemia.

En un estudio posterior, publicado por Blumberg[3] con datos del 23 de noviembre de 2020, Colombia aparece como el 11avo país con peores resultados en la evaluación conforme a las variables de crecimiento de casos del virus, capacidad de realización de pruebas y número de vacunas acordadas y negociadas hasta ese momento. Posteriormente se presentó el resultado del ranking desarrollado por el Instituto Lowy de Sydney[4] que tuvo como objetivo establecer cuáles países gestionaron mejor o no la pandemia, en donde Colombia ocupa el puesto número 100 entre 101 países valorados, con datos disponibles en el mundo hasta el 13 de marzo de 2021; en dicho análisis, Colombia solo fue superado por México en el peor escaño del manejo de la pandemia.

A lo anterior se le suma que Colombia llegó a tener una de las mortalidades más altas del mundo por millón y cien mil habitantes, al mismo tiempo que tenía una de las tasas de vacunación contra el coronavirus SAR-CoV-2 más bajas y lentas del mundo, conforme lo establece el "Our World in Data"[5] (en español, "Nuestro mundo en datos"), que es una publicación en-línea desarrollada por la Universidad de Oxford y que presenta datos y resultados empíricos que muestran el cambio en las condiciones de vida en todo mundo, y en este caso, lo que ocurre día a día con la pandemia de Covid-19. En dicha publicación se registra que la tasa de vacunación mejoró en el mes de junio de 2021 cuando se alcanzó el máximo nivel de vacunación, superando las 400 mil inoculaciones al día. No obstante, frente a las alarmantes cifras de mortalidad la pregunta es si estos niveles de vacunación de hubieran podido lograr antes, dado que al 7 de julio de 2021 se habían recibido 26,3 millones de dosis y sólo se habían aplicado 19, 3 millones, situación que fue sostenida desde marzo en donde se mantenían aproximadamente 5 millones de dosis en neveras[6].

Las preguntas o los interrogantes que genera este comportamiento es si se hubiera alcanzado antes las tasas de vacunación requeridas, ¿cuántas vidas se hubieran salvado?, ¿qué impacto hubiera tenido esto en las altas mortalidades del pico de mayo y junio de2021 que alcanzaron hasta los 600 fallecimientos diarios? La gran cantidad de vacunas en neveras y dejadas de aplicar lo que evidencia es que el cuello de botella de la vacunación no fue la disponibilidad de vacunas, sino la falta de capacidad logística del sistema para colocarlas de manera oportuna, algunos factores que influyeron fueron los vacíos del sistema de

información para la identificación de los ciudadanos priorizados, la otra es mantener la lógica de la intermediación de las EPS para la implementación de este proceso. Lo que quedó demostrado es que no era necesario este intermediario, la decisión tardía de la autoridad sanitaria, de que la vacunación se realizara de manera directa sin agendamiento, demostró que fue un error insistir en la intermediación de este proceso mediante agendamientos confusos y burocratización de esta acción sanitaria.

De sostener el ritmo de 400.000 inoculaciones diarias, podría lograrse la inmunidad de rebaño requerida en el año 2021, a decir del Gobierno, pero ello dependerá de que se mantenga la disponibilidad de dosis de vacunas, dado que al mes de agosto del 2021 no se conoce de manera pública los contratos del estado colombiano con las transnacionales farmacéuticas que permitan establecer un proyectar un cronograma cierto de vacunación. Sin embargo, el comportamiento actual del virus en el mundo y su capacidad de producir variantes más contagiosas, como la Delta, hacen suponer a los expertos internacionales que se requerirá una cobertura útil de vacunación superior al 95% de la población, y que adicionalmente se necesiten refuerzos de la vacunación inicial, sino una inmunización anual permanente, como en el caso de la influenza.

El cuestionado manejo de la pandemia y los resultados antes citados, dan cuenta de la urgente e inaplazable necesidad de reevaluar el modelo de salud vigente, que hizo aguas frente a una crisis sanitaria, que si bien rebasó todos los sistemas de salud en el mundo, en el caso colombiano su impacto fue y sigue siendo significativamente superior a la de diversos países.

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL MODELO DE SALUD:
   El modelo de aseguramiento comercial instaurado por la ley 100 de 1993 tuvo como características centrales, la entrega de la administración y gestión del riesgo en salud y financiero del Sistema de Salud a las Intermediarias EPS, la delegación sobre la asignación del gasto en salud, herramienta fundamental del Estado para orientar la política de salud de los países, a empresas intermediarias financieras, bajo el calificativo de “aseguradores”, con el incentivo de contener costos para incrementar su ganancias a costa del sufrimiento de la

población; asimismo, se entregó la planificación de los servicios de salud al mercado, lo que motiva a que se cierren servicios no rentables financieramente, como los de atención materno infantil, mientras se multiplican otros que generen rentabilidad, como ayudas diagnósticas, UCIs de adultos, entre otros. Con esto no se están cubriendo las 13 necesidades en salud de los colombianos sino que se despilfarran recursos y se garantizan lucros exorbitantes en la cadena de prestación de servicios (Empresas Promotoras de Salud).

Cabe anotar que la delegación del manejo de los recursos públicos de la salud a las EPS no pasó por una exigencia por parte del Estado de alguna inversión del sector privado para entrar a hacer parte de estas, pues el capital de estas empresas se conformó en su mayoría, con el dinero público proveniente de las Unidades de Pago por Capitación UPC, en el marco de unas regulaciones ambiguas, durante sucesivos gobiernos, entre el manejo diferencial de los recursos propios de las EPS y los recursos públicos de la salud con destinación específica. Por otra parte, la estrategia de privatización, junto con la débil capacidad regulatoria, durante el proceso de implementación del modelo de aseguramiento instaurado, conllevó a una suigéneris privatización de los servicios de salud a conveniencia de las EPS, plenas de poder económico, donde se atrapó al regulador con tres mecanismos: puerta giratoria, cooptación de funcionarios responsables de la regulación y control de la información para la toma de decisiones.

Es de público conocimiento que las EPS cooptaron funcionarios del Estado, responsables de la regulación, control o definición de la política pública de salud. Uno de los casos conocidos que demuestra esta situación fue la del ex congresista Holger Horacio Díaz, quien fue sancionado por la sala plena del Consejo de Estado, al demostrársele que recibió recursos por parte de Carlos Gustavo Palacino, el entonces presidente de Saludcoop, para condicionar el articulado de una reforma a la salud (Semana, 2017). También es conocido el caso del ex Fiscal General de la Nación, Eduardo Montealegre, quien antes de ingresar a la fiscalía, prestó asesoría jurídica a Saludcoop. Al asumir el cargo en el ente de control no declaró conflictos de intereses para asumir las investigaciones penales derivados de la sanción fiscal establecida a esta entidad por la Contraloría General de la República en 2011.

También es de público conocimiento que funcionarios de las EPS transitaron hacia cargos directivos, e incluso ministeriales, tomaron parte de los organismos reguladores como el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y se les permitió por norma influir en los nombramientos de los miembros de la CRES , así como fue de dominio público que asesores pagados por las EPS participaron en la redacción de normatividad importante, como la declaratoria de Emergencia Social en el año 2009, afortunadamente frenada por los colombianos y la Corte Constitucional.

Por último, es sabido que la información para decidir el incremento anual de la Unidad de Pago por Capitación (Monto per cápita que gira el estado a las EPS por cada afiliado al año) se ha basado durante todo el funcionamiento del Sistema, en la información presentada a su acomodo por las EPS. Para las EPS no hubo claridad sobre la destinación de recursos públicos de la salud, si los dineros públicos que ingresaban a las EPS hacían o no parte del patrimonio de las mismas, o si este tipo de aseguradoras operaban en el marco normativo del aseguramiento comercial o la seguridad social.

Lo anterior en contravía de jurisprudencia como la que dice: "(…) En consecuencia, las Entidades nacionales o territoriales que participen en el proceso de gestión de estos recursos no pueden confundirlos con los propios y deben acelerar su entrega a sus destinatarios. Ni mucho menos las EPS pueden considerar esos recursos parafiscales como parte de su patrimonio (…)" Sentencia SU 480 de 1997.

La norma al respecto se tornó ambigua al desconocer la jurisprudencia citada, situación que develó posteriormente la Contralora General del momento, Sandra Morelli, al demostrar el desvío del erario por parte de Saludcoop EPS, con fines distintos a la destinación específica de la salud, como en financiación de torneos, canchas de golf, construcciones y negocios trasnacionales de otra índole.

Es así, como en 2014 la Contraloría General de la República dictó el fallo de responsabilidad fiscal de la CGR 001890 del 13 de noviembre de 2013, por 1.4 billones de pesos $1.421.174.298.105,40. Esta situación llevó a la intervención de Saludcoop, su posterior

liquidación, el traspaso de los casi cinco millones de usuarios a Cafesalud, y la posterior venta de esta última empresa a lo que hoy se denomina Medimás. A la fecha no es claro la manera como la empresa liquidada responderá por los recursos públicos defraudados. Lo anterior supuso que el modelo de aseguramiento se había instaurado en una completa desregulación, que derivó en una cartelización de las EPS, lo que se hizo evidente en 2011 con la apertura de investigaciones a las EPS afiliadas a ACEMI.

La causa fue el desfalco al Fosyga (Fondo estatal depositario de recursos públicos de la salud) por el recobro con sobrecostos de medicamentos, la cartelización por el establecimiento para negar servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y la manipulación de la información entregada al Estado. En ese momento se calculaba que la defraudación podría alcanzar los 4 billones de pesos. Esta situación terminó con una sanción por parte de la Superintendencia de Industria y Comercio a 14 EPS asociadas en ACEMI y a la propia agremiación.

Esta ausencia de rectoría también agravó la negación de servicios de salud por parte de las EPS, con el fin de contener costos y apropiarse ilícitamente de los recursos, porque en realidad el mandato de restringir servicios para obtener utilidades está implícito ya en la Ley 100; los resultados se evidencian en la masiva instauración de tutelas por parte de los ciudadanos para conseguir la atención de salud requerida, reiteradamente negada, diferida o burlada. Se calcula que desde el inicio de la ley 100 de 1993 estas superan los tres millones.

En el Informe anual de la Defensoría del Pueblo (Defensoría del pueblo, 2020)[7], para el año 2019 se instauraron en Colombia 207.368 acciones de tutela, con un incremento del 5,2% respecto el año anterior, esto significa que para ese año, estas representaron el 85, 32% del total de las tutelas. En ese sentido, conforme a información suministrada por la Superintendencia de Salud a través de la Organización Defensa del Paciente, para el mes de abril de 2020 se presentaron 55.091 PQR, peticiones, quejas y reclamos, un 8.91% más que en el 2019, donde se presentaron 60.000 en el mismo mes, según el informe (Anexo 1). Para el mes de julio del presente año, en vez de mejorar, aumentaron los PQR a 90.158, un 30.9% más, respecto a julio de 2019 donde se presentaron 68.865. En total, para julio de 2020 se

presentaron 484.801 peticiones, quejas, reclamos o denuncias, respecto al año anterior que se presentaron 336.539 PQRD para el mismo periodo (Información del Superintendente de Salud en el Diario la Republica, 2020)[8].

Esto supone que, en un contexto de pandemia, en donde estaba rigiendo un decreto de excepción para enfrentar una crisis sanitaria, en vez de mejorar la atención en salud, esta se deterioró, en tanto, se presentaron 130 mil quejas más que el año anterior. Teniendo en cuenta que la excepcionalidad implicaba un número mayor de demanda sobre el sistema de salud, esto suponía también mayor movilización de recursos del estado para la atención de la misma, se esperaría por lo menos que se mantuviera igual la atención en salud, dado los problemas estructurales del sistema que no se resuelven en un corto plazo, pero esto no fue así, conforme a lo refleja estos datos referenciados.

Para el primer semestre de 2020, el documento también muestra que se presentaron 750.149 solicitudes de información, para un total de 1.234.950, de PQRD más solicitudes de información ciudadana ante la entidad reguladora para atención en salud.

Hasta julio de 2020, las principales causas de las quejas y peticiones fueron restricción en el acceso a servicios de salud, lo que se traduce en negación de servicios, esto se presentó en un 81.9%, seguido por insatisfacción del usuario con el proceso administrativo, y a la deficiencia en la efectividad de la atención en salud, con un 6.7 y 6.3% respectivamente. Estos datos coinciden con los motivos de presentación de tutelas, presentados por la Defensoría del Pueblo en el año 2019, en el cual la restricción en el acceso a prestación de servicios de salud es el primer motivo de las tutelas en salud.

Del total de PQRD y solicitudes de información, el 14.6% se presentó por falta de oportunidad en la asignación de citas, en un 9.4% por falta de oportunidad en la entrega de medicamentos NO POS, 7.6% falta de oportunidad en la entrega de medicamentos, 4.3% demora en la autorización de medicamentos No Pos. Las 5 EPS del régimen contributivo que más recibieron PQRD y solicitudes, fueron Medimas, Coomeva, Servicio Occidental de Salud, Coosalud y Nueva EPS, en orden de mayor a menor, entre el régimen subsidiado se

encuentran Capital Salud, Confacundi, Medimas, Convida, Ecoopsos. Llama la atención que algunas de estas entidades, también se encuentran referenciadas en el ranking de baja realización de pruebas para Covid19 por número de afiliados que presentado por el Instituto Nacional de Salud para ese período.

Los anteriores datos y la negativa de gobiernos sucesivos para cumplir el mandato de un Plan de Salud igual para todos los colombianos previo a la expedición de la ley estatutaria en salud que acaba con los planes obligatorios de salud, o beneficios, generando un sistema inclusivo en donde "Todo está incluido menos lo excluido", conforme a unos criterios expresados. Esto condujo a que la Corte Constitucional emitiera la Sentencia T-760 de Reforma Estructural del Sistema de Salud en el 2008, en cuya jurisprudencia ratifica el reconocimiento del derecho a la salud como fundamental y autónomo, en los términos que lo había reconocido el sistema de las Naciones Unidas, en especial la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (año 2000). La Sentencia T-760 de 2008 emitió 16 órdenes al Gobierno Nacional para solicitar acciones regulatorias consagradas en la legislación vigente para la garantía del goce efectivo del derecho a la salud y la destinación específica de los recursos públicos. En la valoración que hace la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T760 de 2008 por Una Reforma Estructural del Sistema de Salud de los autos de seguimiento de la sala de salud, el ejecutivo solo ha cumplido una de las 16 órdenes[9].

Como un hecho posterior, ante la crisis permanente del sistema de salud, la sociedad civil presentó una iniciativa de ley estatutaria, que dió origen a la ley 1751 de 2015. La Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional reconoció en el orden legislativo la fundamentalidad del derecho y procuró un viraje completo al modelo de aseguramiento vigente hasta el momento, que a la fecha acumula una crisis financiera, de prestación de servicios de salud y humanitaria, que posiciona la salud entre las primeras prioridades y preocupaciones de los colombianos, máxime en un momento de agravamiento por la pandemia.

La ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 declaró la salud como un Derecho Fundamental

Autónomo. En el alcance que determinó el legislativo y la modulación de la Corte Constitucional en la sentencia C-313 de 2014, la salud quedó definida como un derecho prestacional de un lado, lo que significa que no debe existir un plan obligatorio de salud ni un plan de beneficios, sino que se tiene que incluir todo lo necesario para la atención, menos lo definido por unos criterios de exclusión, los cuales mantienen la atención, pero no son asumidos financieramente con recursos públicos de la salud, a no ser que sean otorgados por medio de la tutela.

Es decir, se normó un sistema inclusivo, que impone un principio de universalidad, de igualdad en el acceso a servicios de salud, con garantía de la autonomía profesional, el respeto por el trabajo digno del personal que presta los servicios de salud, la atención inmediata de las urgencias y como parte del derecho se reconocen los determinantes sociales de la salud como los definió la Observación General 14 de la Organización de Naciones Unidas del año 2000. Para garantizar este marco normativo se debe cambiar el modelo de aseguramiento instaurado por la ley 100 de 1993 y reafirmado por sus reformas posteriores, la ley 1122 de 2007 y la ley 1438 de 2011, y el intento de continuar en esta línea mediante el proyecto de ley 010 de Senado de la República y 425 de Cámara de Representantes, que fue archivado en el contexto de las peticiones del paro nacional del 2021.

En este momento, aún no se logra en Colombia la reglamentación y la implementación de la ley estatutaria en salud, debido a que grandes poderes se oponen a las reformas que el pueblo colombiano demanda y han logrado silenciar las propuestas planteadas desde la sociedad civil.

DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO INSTAURADO POR LA LEY 100 DE 1993

La promesa de la ley 100 de 1993 fue la garantía progresiva de la cobertura universal de la salud, objetivo que no se ha logrado, como lo señala información oficial del Ministerio de Salud entregada a la Corte Constitucional en el contexto del seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 (5), la afiliación en salud para el 2017 era del 94,9%, para el 2019 de 95,2%,

en donde el 45,4% y el 45,2% corresponden al régimen contributivo y subsidiado respectivamente. Esto significa que 5% de los colombianos, no tienen carnet de afiliación, esto es aproximadamente 5 millones de ciudadanos. Es importante anotar que el hecho que se esté afiliado al sistema, no quiere decir que se garantice la atención. Dentro de del porcentaje del régimen contributivo, el 5% correspondería a los regímenes especiales.

Los departamentos con menor porcentaje de afiliación son Guaviare con 66.48%, Vaupés 68.93%, San Andrés 73.27, Nariño 77.92% y Caquetá 78.40%, con un promedio para el año 2018 de 94.44%, 2019 de 94.98% y para enero de 2020 de 94.35%.

Pero el mayor problema está en que el derecho de quienes están supuestamente afiliados, está siempre condicionado al cumplimiento de una serie de requisitos que no suelen estar en manos de los ciudadanos, como tener un trabajo e ingresos estables y lograr que el patrono pague oportunamente al régimen contributivo, o mantener una familia estable y localizada en el régimen subsidiado, normas que no contemplan la gran dinámica poblacional, laboral y social, y las situaciones que se han agravado en el contexto de la pandemia. Por otra parte, los cierres permanentes de servicios por problemas de contratación, financiación y pagos a los prestadores de servicios de salud, hace que los ciudadanos acaben encontrando barreras continuas de acceso y negaciones permanentes al derecho a la salud, basadas en mil razones burocráticas sentadas en la regulación y que solo favorecen a las EPS.

No obstante, en los departamentos que corresponden a zonas dispersas en el territorio nacional, la cobertura es insuficiente y no garantiza la atención en salud. Los casos más elocuentes documentados corresponden al Chocó en donde el 15 de septiembre de 2014 la Defensoría del Pueblo solicitó intervención a la Sala de Seguimiento de Salud de la Corte Constitucional por la crisis de la salud en el departamento del Chocó, específicamente en el Hospital de segundo nivel San Francisco de Asís, que estaba intervenido por la Superintendencia Nacional de Salud (Auto 314 de 2016, Corte Constitucional). Allí estaba en riesgo la atención en salud de la población por la crisis financiera del hospital y la no autorización por parte de la EPS para cubrir viáticos de traslados necesarios de los pacientes y sus familias.

El otro caso conocido es el de la Guajira, en donde la mortalidad infantil por desnutrición ocasionó la generación de medidas cautelares por parte de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, las cuales fueron prorrogadas en la resolución 3 de 2017 y en donde se le pide al Estado colombiano que proteja la integridad de 9000 mujeres gestantes del pueblo Wayuu, de los municipios de Manaure, Uribía y Riohacha que se encuentran en situación de riesgo por falta de atención médica y con altos niveles de desnutrición por la ausencia de agua y alimentación. Estos son solo dos de los tantos casos que se presentan en las zonas dispersas de Colombia, es decir, en la mitad del territorio del país. Realidad que ha evidenciado los márgenes de inequidad en salud que el modelo de la ley 100 no logró sortear. Es así como según el análisis de Ruiz & Zapata (2015) con base en la Encuesta de Calidad de Vida 2013, hay unas brechas relevantes de la zona rural comparada con la urbana.2 Al analizar el estado de salud según los grupos poblacionales, las diferencias se acentúan.

En el caso de la población con condición de discapacidad en Colombia, de acuerdo con los datos del DANE[10], para el 2018 había en Colombia 3.134.036 personas con dificultades para realizar actividades de la vida diaria, de las cuales 1.784.372 (4,07% de la población del país) reportaron tener dificultades de mayor severidad, conforme a la escala del Grupo de Washington. El 34,6 % de todas estas personas recibe apoyo de otras personas para realizar sus actividades de la vida diaria.

Para 2013, según datos del Ministerio de Salud y Protección Social, la tasa de mortalidad materna entre la población indígena era 6.8 veces mayor que la población general[11]

Lo anterior contrasta con una reducida diferencia de 2% en cobertura de afiliación a la seguridad social (IIH: 0.2).19 la colectividad afrocolombiana y esta última dos veces mayor que el promedio marginal. De igual manera, la tasa de mortalidad infantil era 2.6 veces mayor entre los indígenas de la media nacional y 1.3 veces mayor en los afrocolombianos que entre la población nacional (MSPS, 2016).

Estas brechas indican una respuesta inequitativa y no diferenciada del sistema de salud.

Estas brechas de atención se mantienen por la última década, es así como la proporción de atenciones según departamento para condiciones perinatales, transmisibles y nutricionales, enfermedades no transmisibles y lesiones, se concentran mayoritariamente en Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca, en contraste con zonas dispersas del país como Vaupés, Guainía, San Andrés y Amazonas, que se encuentran en último lugar (ASIS, 2020). En ese sentido, se presentó un incremento de la mortalidad materna 6,5% en 2019 en comparación con el 2018, principalmente en muertes en el Cesar, La Guajira, Cundinamarca, Tolima (Exposición de motivos PL 010 Senado, 425 Cámara).

Así pues, es una falacia asegurar que el sistema de salud cubre a toda la población colombiana, pues no garantiza el acceso real y equitativo a los servicios. Tampoco se cuenta con un control eficaz sobre los determinantes sociales y económicos que inciden en el bienestar de la población.

Otro elemento central del modelo de aseguramiento instaurado por la ley 100 de 1993 es el debilitamiento de la red de hospitales públicos, dado que fueron transformados en Empresas Sociales del Estado que debían competir entre sí y con los prestadores privados, en condiciones de inequidad, por la exigencia desigual que tienen los primeros de mantener abiertos servicios no rentables financieramente, como hospitalización, urgencias, atención de partos, entre otros.

Resultados en Salud

Durante la vigencia del modelo de salud instaurado por la ley 100 de 1993, se han logrado avances importantes que se reflejan en los indicadores de morbi-mortalidad. En ese sentido, las cifras aportadas por el Ministerio de Salud y Protección Social (ASIS, 2020) muestran que entre 2005 y 2018 en Colombia se produjeron 205.898 muertes, en promedio lo que indica una tendencia fue decreciente; durante este periodo la tasa de mortalidad por edad disminuyó en un 13%, pasando de 526,87 a 457,5 muertes por cada 100.000 personas año. En esta reducción también son responsables los avances en la calidad de vida y los avances científicos biomédicos en el mundo.

El Observatorio Nacional de Salud muestra que de 1998 a 2011, el 53% de las muertes reportadas, correspondía a muertes por causas evitables, esto equivale a casi un millón trescientos mil colombianos (INS, 2014).

Según el Informe Epidemiológico del Ministerio de Salud, las enfermedades respiratorias aportan la mitad de la mortalidad, las cuales pueden ser controladas adecuadamente con medidas de promoción y prevención, además de un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno con intervenciones apropiadas y de muy bajo costo; en este grupo de ubica la TBC, que generó el 8,66% (6.722) de las muertes por enfermedades transmisibles en hombres. La mortalidad infantil mantiene la tendencia a descender a lo largo de los años. Según el Ministerio "*Entre 1998 y 2017 las tasas de mortalidad infantil disminuyeron un 45,0%, lo cual equivale a una reducción de ocho muertes por cada 1.000 nacidos vivos, el cambio porcentual anual estimado de la tasa fue de -3,8 y fue significativo con un nivel de confianza del 95%. Se proyecta que, si las condiciones se mantienen constantes, para el año 2021 la tasa de mortalidad infantil puede descender hasta 7,3".* Sin embargo, el sistema de salud reproduce la inequidad social, dado que tiene mayor probabilidad de morir un niño del régimen subsidiado que uno del régimen contributivo.

Es así como entre 2005 y 2014 la mortalidad infantil con tasas entre un 39% y un 50% fue más alta en el régimen subsidiado que en el contributivo, con descenso en ambos regímenes. Esta desigualdad también se refleja cuando la mortalidad infantil asciende al 61%, más alta en el primer quintil de pobreza comparado con el último quintil. En los mayores de un año esta tasa aumenta a un 77% en el primer quintil de pobreza en relación con el último. La mortalidad por infecciones es un 70% más alta en el primer quintil de pobreza comparado con el último; se producen 7,43 muertes más por IRA por cada 100.000 menores de cinco años en los departamentos con mayor pobreza multidimensional que entre los más acomodados socioeconómicamente (ASIS,2016).

La inequidad se reproduce en los indicadores que dan cuenta de la atención en salud en ambos regímenes. El 59,5% (627.110.788), de las atenciones se prestaron en el régimen contributivo, el 34,7% (366.263.045) en el régimen subsidiado y el 2,9% (31.022.444) de las

atenciones se registró en población pobre no asegurada. En los últimos 14 años las coberturas de vacunación para BCG se han mantenido entre 83,64% y 89,13%, así mismo, la cobertura de la vacunación antipolio estuvo entre 87,98% y 92,49%, la de DPT osciló entre 87,95% y 92,46% y la de triple viral entre 87,95% y 92,46%, con importantes diferencias en los ámbitos departamental y municipal. 7 otros datos del ASIS 2016: Eventos de notificación obligatoria Entre 2007 y 2011, no se notificaron casos de cólera, difteria, parálisis flácida, sarampión ni rubeola congénita. No obstante, en agosto de 2021 el Ministerio de Salud reportó un nuevo brote de sarampión en Necoclí, Antioquia.

Para 2018, según datos de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (International Agency for Research on Cancer – IARC) citada en el ASIS 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, para la población menor de 19 años de edad, la tasa de incidencia de leucemias en ajustada por la edad en el mundo es de 3,1 por cada 100.000 personas año, en hombres fue de 3,5 por cada 100.000 hombres año y en mujeres fue de 2,7 por cada 100.000 mujeres año. En Colombia la tasa ajustada fue de 5,2 por cada 100.000 persona año, en hombres fue de 5,6 por cada 100.000 hombres año y en mujeres fue de 4,8 por cada cien mil mujeres año (ASIS, 2020).

En ese contexto, Colombia es de los países con mayor prevalencia de leucemia aguda pediátrica, al igual que Chile, Argentina, Canadá, Alemania y Australia; además, tiene alta tasa de letalidad. Este indicador da cuenta de la ineficacia del sistema de salud, en tanto el acceso a tratamientos adecuados y oportunos mejora la supervivencia y disminuye las tasas de mortalidad.

En cuanto a la mortalidad general, según el ASIS 2020, entre 2005 y 2018 las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad en Colombia tanto para hombres como para mujeres. Las neoplasias son la tercera causa de muerte en Colombia. Ente 2005 y 2018, los tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, fueron la primera causa de mortalidad en hombres y mujeres, causaron el 4,6% (22.329) de las defunciones y exhibieron tasas oscilantes entre 14,2 y 14,0 muertes por cada 100.000 habitantes.

La mortalidad por enfermedades transmisibles ha seguido una tendencia al descenso. Las enfermedades respiratorias agudas constituyen la primera causa de muerte dentro del grupo, entre 2005 y 2018 produjeron el 51,8% (94.096) de las defunciones, y sus tasas ajustadas oscilaron entre 18,4 y 19,7 muertes por cada 100.000 habitantes (ASIS, 2020). El VIH (SIDA) se le atribuyó el 17,20% (31.280) de las muertes por enfermedades transmisibles y constituye la segunda causa de muerte más frecuente.

En el 2104, la mortalidad materna no fue diferente únicamente en las regiones, también se vio afectada por quintiles de riqueza. El quintil de los departamentos más pobres del país (Chocó, Vichada, La Guajira, Córdoba, Guainía, Vaupés, Putumayo) sufren una mortalidad 5,48 veces más alta que el quintil de los departamentos con menor Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) (Antioquia, Quindío, Cundinamarca, Risaralda, Valle del Cauca, Bogotá D.C. y el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina). Es decir, las mujeres en el quintil de pobreza más alto tienen una razón de muerte materna 4.6 veces más alta que se da en el quintil de mayor riqueza. Dentro de los factores que afectan este indicador está el acceso de las mujeres a métodos anticonceptivos modernos a través de servicios primarios de atención y de prevención y promoción de la salud.

En Colombia, en el 2015, 76,7% de las mujeres que viven en zonas urbanas entre los 13 y 49 años de edad y con compañero usaban métodos anticonceptivos modernos mientras que en la zona rural esta proporción era del 73,9%. Una situación muy problemática que se deriva de la falta de acceso a servicios de salud es el embarazo adolescente. En el 2105, la prevalencia de embarazo adolescente fue del 27.2% en el quintil más pobre de la población y 4.7% en el quintil de mayor riqueza (ENDS, 2015) Es imperativo incluir a la juventud dentro de la planeación de los servicios de salud.

Por la falta de enfoque en prevención y promoción de la salud, y teniendo en cuenta el impacto de este problema viene siendo la segunda causa de deserción escolar y su contribución al ciclo de pobreza, es necesario priorizarlo en la agenda de las políticas públicas.

ANÁLISIS DE LA ACTUAL POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD

Período de Gobierno del presidente Juan Manuel Santos.

Como una respuesta a la crisis permanente del modelo vigente de salud, la ley estatutaria 1751 de 2015 fue una iniciativa de la sociedad civil con el objetivo de establecer un marco constitucional que fundamentara las bases para un cambio de modelo de salud que pudiera garantizar el derecho fundamental. La ley fue sancionada en el año 2105 después de que diversas organizaciones de la salud y de la sociedad civil, tuvieran que interponer una constitución en renuencia al Presidente del Congreso de la República para su sanción, dado que el Presidente Santos no la había sancionado en los plazos estipulados.

Este marco normativo reconoce la universalidad del derecho, lo que supone la desaparición fáctica de la segmentación de la población según su capacidad de pago en régimen contributivo y subsidiado; reconoce la autonomía profesional como principio de la garantía de la prestación de servicios de salud; establece la regulación de los precios de medicamentos en todos los eslabones de la cadena de producción y comercialización; ratifica la destinación específica de los recursos públicos de la salud y resuelve que no se pueden embargar; termina con el Plan Obligatorio de Salud o Plan de Beneficios como un listado restrictivo de la atención en salud, planes que constituyen un sistema apoyado en criterios de exclusiones; incorpora los determinantes sociales de la salud como parte del derecho fundamental.

Por último, establece la necesidad de que el Estado retome la rectoría, dirección y coordinación de la política pública de salud. Este marco normativo exigía del Gobierno Nacional y del Congreso de la República el desarrollo de una ley ordinaria que reformara el sistema de salud, dando un viraje hacia un modelo enfocado en la atención primaria en salud, con énfasis en la prevención. También era necesario reorganizar el sistema en función de las necesidades de salud de la población, lo que supone suprimir la intermediación financiera que ha puesto énfasis en la extracción de renta de la enfermedad, y la desregulación de los actores del sistema por parte del Estado, hecho que ha patrocinado que sea un sistema corruptible.

Todo esto para que el Estado reasuma las funciones que le son propias de dirección, organización, supervisión y control del sistema. Dicho de otra manera, el modelo de salud plasmado en la ley estatutaria, que busca garantizar el derecho a la salud, no es compatible con el sistema de aseguramiento comercial vigente, el cual sostiene el negocio. En este contexto, el Gobierno Nacional optó por desconocer el marco normativo de la ley estatutaria y continuar por la ruta trazada de profundizar el negocio de la salud, con las consecuencias que acarrean la vulneración masiva de este derecho, razón por la cual sigue siendo uno de los más tutelados, y la profundización de la inequidad social expuesta. El desconocimiento de la norma estatutaria se aprecia en la expedición de resoluciones y decretos en sentido contrario a la misma.

En el tema financiero, las cifras de la Superintendencia Nacional de Salud y del Ministerio de Salud son concluyentes en cuanto al fracaso financiero del sistema, y en el papel intermediado de las EPS en la gestión del flujo de recursos públicos de la salud.

Desde 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social empezó a asumir estas funciones al realizar giros directos de recursos públicos a los prestadores en situación de crisis. El descalabro de las EPS es elocuente, hemos pasado de 72 a menos de 40 en la actualidad, y todas ellas suman un déficit superior a los 5 billones de pesos. No se cumplen las normas legales sobre capitalización o liquidación de empresas. Ante este panorama, en 2014, mediante el decreto 2702 el Gobierno estableció un nuevo plazo de siete años para posibilitar la capitalización de las EPS, plazo que amplió para que cumplieran las condiciones de solvencia financiera, patrimonial e inversión de las reservas técnicas que las habilitara para el manejo de recursos públicos de la salud. Los decretos 2117 de 2016 y 718 de 2017, hicieron más flexibles las exigencias financieras y contables para la recuperación, les aumentaron a 10 años el plazo para cumplir estas condiciones y supeditaron al logro de su equilibro financiero la garantía del derecho a la salud, solo se les pide que se limiten a hacer “Una mitigación del riesgo en salud”.

Este decreto 2702 de 2014 fue modificado por el Decreto 2117 de 2016 que plantea en su articulado lo siguiente:

"Artículo 4. Adiciónase unos artículos a la Sección 1 del Capítulo 2, del Título 2, de la Parte 5 del Libro del Decreto 780 de 2016,"Artículo 2.5.2.2.1.17 Condiciones, plazos y un tratamiento financiero especial por parte de las EPS. Las EPS tendrán un tratamiento especial podrán acceder a los plazos del presente artículo, siempre que acrediten las siguientes condiciones: b. Modelo de atención orientado a la mitigación del riesgo en salud. La EPS debe acreditar la implementación del modelo de atención para mitigación del riesgo en salud, con base en un Plan de Gestión del Riesgo, cuyos resultados se reflejen en un comportamiento con tendencia a la generación y restablecimiento del equilibrio financiero, sin afectar en ningún momento la calidad y la oportunidad en la prestación de los servicios de salud a la población afiliada". Los mencionados decretos allanaron el terreno para que los prestadores de servicios de salud sean dueños de aseguradores, y fue lo que admitió la compra de Cafesalud por parte del consorcio de prestadores de Servicios de Salud, Medimás Prestarsalud.

En la misma dirección el gobierno nacional del Presidente Juan Manuel Santos expidió el decreto 718 de 2017, que dice:

"Artículo 1. Adiciónense dos parágrafos al artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, modificado por el Decreto 2117 de 2016, así: "Parágrafo 1……Parágrafo 2. En los procesos de reorganización institucional previstos en el presente artículo las entidades podrán presentar, junto con el plan de reorganización institucional, una propuesta para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia durante un plazo de cumplimiento de hasta diez (10) años, contados a partir de la aprobación del plan de ajuste que haga la Superintendencia Nacional de Salud. (Negrilla y subrayado fuera de texto). En todo caso al final del quinto año deberán tener cubierto como mínimo el 50% del defecto proyectado al cierre de la primera vigencia fiscal de la operación".

En este contexto, las EPS para efectos del cálculo del capital mínimo y el patrimonio adecuado podrían descontar las pérdidas que se presenten al cierre de cada vigencia y estas deberán ser cubiertas en el periodo de transición restante, para lo cual la Superintendencia

Nacional de Salud evaluará el cumplimiento de las condiciones financieras de permanencia y solvencia, al cierre de cada vigencia fiscal. Las medidas adoptadas en ese momento continúan vigentes en la actualidad, y constituyen el soporte normativo para mantener avantes unas entidades que son insolventes para manejar billonarios recursos públicos de los colombianos.

Resulta paradójico que en una acción positiva por parte del Estado, estos procedimientos lleven a un mal manejo de los recursos públicos de la salud y promuevan la desviación de los mismos al incentivar el uso de la UPC con fines distintos a la prestación de servicios de salud, situación que fue denunciada por organizaciones de la sociedad civil ante la sala de salud de la Corte Constitucional, quien mediante auto del pasado 17 de agosto de 2017, compulsó copias a los órganos de control para que ejerzan las respectivas indagaciones de su competencia. Continuando con esta política, en la ley 1753, del Plan Nacional de Desarrollo 2.014- 2.018, expedido posteriormente a la LES, se constituyeron las denominadas Rutas de Atención en Salud en el marco de la Política de Atención Integral PAIS, y su modelo de atención MIAS, como una estrategia para identificar las patologías denominadas “de alto costo”, estrategia que se mantiene en la política pública del gobierno Iván Duque denominada MAITE.

Esto ha permitido diseñar y conformar las llamadas Rutas, que en este caso, le sirvieron al grupo AVAL, y a otros grupos financieros, para implementar una póliza de aseguramiento, así como crear el Instituto de Oncología, en el que estuvo vinculado el actual Ministro, Fernando Ruiz, a quien se le debe también el diseño de esta política pública en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud durante su paso por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Dicha política sigue incentivando la atención de alto costo en el sistema de salud y menoscaba el fortalecimiento de la atención primaria en salud en el marco tecnologías no incluidas en el plan de beneficios, sólo será considerada como definitiva cuando la EPS haya surtido todos los trámites ante la entidad responsable del pago para su reconocimiento.

Los gobiernos han continuado en la ruta de privilegiar el alto costo, profundizando la

extracción de renta en el sistema de salud del alto costo, a costa de la gestión de la salud de la población. Directriz que ha fracasado en los últimos 20 años, desde la perspectiva de los resultados en salud y la profundización de la inequidad. Este desarrollo normativo supone acentuar la atención de la enfermedad por evento y grupos de riesgo, con la subsecuente fragmentación de la prestación del servicio de salud. Una política de salud fundamentada en el evento de la enfermedad rompe el principio de integralidad y continuidad en la atención que postula la ley estatutaria en su artículo 8, y torna un sistema de salud ineficaz desde el punto de vista de su sostenibilidad financiera.

Para continuar con este proceso sistemático de limitar el derecho a la salud, el Gobierno del Presidente Santos expidió el decreto 2353 de 2015 acerca de la afiliación transaccional, que obliga a la población a inscribirse nuevamente al sistema de aseguramiento comercial, cuando ya estaba carnetizado más del 96% de los colombianos. Esto conlleva a una supeditación del goce efectivo del derecho a un trámite administrativo de afiliación, que en sí mismo se constituye como una barrera de acceso a la atención en salud. Desconoció abiertamente la universalidad que es consustancial a los derechos humanos, los que reconocen igual dignidad a todos los habitantes del territorio nacional frente al goce efectivo de un derecho fundamental. El Ministerio de Salud y Protección Social con la premisa de que se debe garantizar la autonomía profesional y, por consiguiente, el derecho a la salud, de manera contradictoria intervino profundamente en la autonomía profesional, por medio de las resoluciones 1328 de abril de 2016, modificada por la 3951-2016, la 5884 de 2016 y la 532 del 2017, que se relacionan con el manejo de los Planes de Beneficios, Pos, No-Pos y las exclusiones.

Es de anotar que la garantía del derecho a la salud en su componente de prestación de servicios de salud solo es posible si se protege la autonomía médica o profesional. Con estas resoluciones el Ministerio de Salud y Protección Social, constriñó la libertad de decisión del médico mediante la creación de una plataforma tecnológica denominada Mipres (Mi Prescripción), en donde genera un listado encubierto de tecnologías y tratamientos en salud que limitan la prescripción del médico y opera con criterios arbitrarios. Como consecuencia ahora el médico se autocensura para hacer la prescripción para no generar orden médica y

así, el paciente no cuenta con un soporte físico para instaurar una tutela que le permita acceder a la prestación del servicio. Con este dispositivo se vulneró el derecho a la salud del paciente, la autonomía médica y la tutela como herramienta constitucional de defensa de los derechos fundamentales.

El desarrollo de la plataforma Mipres estuvo amparada en la respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social para dar cumplimiento a una orden de la Corte Constitucional en el marco del seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, que ordenó a esta cartera establecer un sistema de información que dé cuenta de la negación de servicios de salud, y permitiera establecer la trazabilidad de las responsabilidades asociadas a estos hechos para los órganos de control. El Mipres, se ha constituido en sí mismo en una barrera de acceso que vulnera el derecho a la salud, y solo permite la trazabilidad de medicamentos y tecnologías que no hacen parte del Plan Obligatorio de Salud (POS), es decir, el No Pos.

Por tanto, su función no es servir de sistema de información para detectar la negación de servicios. Según la Defensoría del Pueblo, el 80% de los servicios que se niegan en Colombia corresponde a los aprobados en el POS y esta plataforma no detecta estos tratamientos y tecnologías. En la práctica opera como una medida de contención del gasto en salud que incentiva la negación de servicios a los pacientes.

En ese sentido, seis meses después de haber sido implementada esta plataforma, la Organización Pacientes Colombia manifestó que de cada 10 pacientes a quienes se les prescribía, 8 enfrentaban la negación de servicios por parte de las EPS (El Tiempo, 2017). Estas cifras no alcanzan a medir el número de veces que el médico se autocensura y evita prescribir un tratamiento. Estas resoluciones, además, establecen otros mecanismos para constreñir la prescripción médica. Enfatizaron en el cumplimiento obligado de guías y protocolos para la prescripción médica, pero vale mencionar que estos documentos sirven de orientación al médico tratante, pero en ningún caso una guía suplanta la decisión clínica del médico en relación con el paciente. La ley estatutaria de la salud elimina el Plan Obligatorio en Salud y establece unos criterios de exclusión de tratamientos que no deben ser cubiertos con recursos públicos de la salud.

La operación de estos criterios se debieron definir mediante una ley ordinaria para delimitar un proceso técnico-científico y participativo para la materialización de estas exclusiones. Al respecto, el Ministerio de Salud emitió la resolución 330 de 2017, en donde reactivó por esta vía un listado del POS, se reservó para sí la decisión final de cuáles tratamientos y tecnologías deber ser o no cubiertos con recursos públicos, esto en abierta transgresión del derecho a la participación, de la autonomía médica, en el marco de una política de contención del gasto en salud, que tiene como pivote ahorrar recursos de salud a costa de la atención de los pacientes, y al unísono posibilitar la recuperación financiera de las EPS, en su esquema rentista con recursos públicos de la salud. En últimas, profundizar el modelo de la ley 100, eludir la necesaria reforma a la salud, administrar la crisis y eludir las disposiciones legales de la ley estatutaria y la Sentencia C-313 de 2014.

Período de Gobierno del Presidente Iván Duque Márquez

En el gobierno del Presidente Iván Duque se ha mantenido la misma línea de actuación de desconocimiento de la ley estatutaria en salud, es así como en el Plan Nacional de Desarrollo, aprobado en el primer semestre del año 2019, propuso como primer objetivo el saldar las deudas el sector salud con un conjunto de artículos consignados en el PND, que es lo que denominan el acuerdo de punto final. Este acuerdo, consistiría en que, con deuda pública, emisión de bonos del tesoro público, se subsanaría una parte de las deudas del sector salud, correspondientes al No Pos, hasta por un monto aproximado de 5 billones de pesos, cifra inferior a la deuda total. Es decir, lo que propuso el Gobierno, es endeudar el país a futuro, para cubrir las deudas del pasado del sector, sin modificar las causas estructurales que originaron el déficit financiero.

Otra medida adoptada, es el traslado del pago del No Pos del régimen subsidiado que tenía que ser asumido por los entes territoriales, a la nación, a partir del año 2020. Se establecieron unos techos tarifarios para las EPS para la cobertura de los servicios NO Pos, esto supone el reconocimiento de una segunda UPC con cargo al No POS, que se calcula sobre el histórico de los recobros que tienen serios cuestionamientos por opacidad de los mismos.

EL PND del gobierno de Duque, en contravía de la ley estatutaria, mantuvo las figuras del POS y No POS, cuando el nuevo modelo debería implicar que todos los servicios deben estar incluidos en el sistema de salud, menos aquellos que correspondan a los criterios de exclusión que están consignados en el artículo 15 de la LES, esto supone que todo lo incluido debe ser cubierto con la Unidad de Pago por Capitación UPC, por parte de las EPS. Esto es exactamente lo que se dejó intocado en el PND, es evidente que es más conveniente para las EPS, que el menor número de servicios y tecnologías queden dentro de la UPC para que esta prima les resulte más rentable, y puedan además recobrar un mayor número de servicios con cargo al No Pos.

Otras de las medidas adoptadas en este plan, consistió en ampliar los incentivos económicos a aseguradores y prestadores para que cumplan con la labor que deben constitucionalmente cumplir. En contraste, el mismo PND, en un retroceso de los logros progresivos del financiamiento solidario y universal de la salud, introduce un artículo para que un porcentaje de los ciudadanos que pertenecen al régimen subsidiado, deban hacer aportes al sistema so pena de no ser atendidos. Con esta medida aspirar a lograr un recaudo de un billón de pesos anuales para el sistema.

El mayor retroceso del PND es revertir, medidas que, como el giro directo, habían garantizado el flujo de recursos de la salud a los hospitales públicos. Este era obligatorio en el régimen subsidiado y para aquellas EPS sometidas a vigilancia especial por parte de la Super intendencia Nacional de Salud. En el articulado del PND se reversa este carácter obligatorio del giro directo, y se deja a disposición del Ministerio de Salud y Protección Social.

Este conjunto de medidas, que a todas luces no van a resolver la crisis de la salud, van a tener el efecto de posponer la crisis, se va a prolongar el sufrimiento de la población. Lo que busca el gobierno nacional es inyectar algunos recursos al sistema, a costa de deuda pública, para posponer parcialmente la debacle, atenuar su impacto, sin adoptar medidas si quiera progresivas para resolver de fondo. El objetivo es el salvamento del sistema de aseguramiento de las EPS a toda costa. La última medida adoptada estuvo dada por la presentación del proyecto de ley 010 de Senado de la República y 425 de Cámara de

Representantes en el año 2019, que fue archivado por el Congreso de la República en las Comisiones séptimas conjuntas, como consecuencia de la presión ciudadana dada por el paro convocado el 28 de abril del 2021.

En este articulado una vez se apuntaba a continuar la trazabilidad del negocio instaurado con la salud de los colombianos en el modelo descrito con cuatro aspectos: continuar con el debilitamiento, fusión y liquidación de los hospitales públicos, establecer mecanismos para mantener la negación de servicios en Colombia, dejando a discrecionalidad del Ministerio de Hacienda y Salud la financiación del plan de beneficios, instaurar mecanismos artificiosos para privatizar los recursos públicos de la salud mediante la creación de figuras como los " conglomerados empresariales" como una manera de introducir un artificio de privatización de los recursos públicos de la salud, que por mandato constitucional tienen destinación específica, intervenir la autonomía universitaria, profesional y la autorregulación, estableciendo mandatos para modificar los currículos de medicina familiar y la formación continua de los médicos, que podría estar a cargo de las aseguradoras.

A MANERA DE CONCLUSIÓN:

El problema de fondo que conduce a la propuesta de todo lo anterior no se desprende una sola conclusión que llame a la expropiación por parte del Estado de los servicios de salud. El problema no está en que el mercado participe en la provisión de los servicios de salud, así como en la provisión de toda clase de insumos y activos necesarios para la misma. El dilema está en que el mercado tome el control de la asignación y distribución de los recursos del sector salud mientras el Estado se venda los ojos. El problema, en términos de Polanyi (Polanyi 1944), no es el mercado, pues el mercado es una función esencial de la sociedad.

El inconveniente en el sector salud, como en el sector bancario o en cualquier otro, son las tesis en boga sobre la capacidad de los mercados de autorregularse y las supuestas ventajas para la sociedad de dejar operar libremente al mercado bajo el supuesto de que la mano invisible garantizará una asignación y distribución eficientes. Entre posiciones defensoras del mercado autorregulado a nivel del fanatismo y posiciones defensoras de la estatización como única salida, existe un enorme campo de posibilidades para arreglos institucionales que

entreguen mejores servicios de salud para los ciudadanos. Ello exige entender que no existe tal oposición entre Estado y mercado, sino una relación indisoluble. Para Stiglitz (Stiglitz 2003), “Nos dirigimos, en general, a una postura más equilibrada, una que reconoce tanto el poder como las limitaciones de los mercados, así como la necesidad de que el gobierno desempeñe un papel visible en la economía…” El problema real del SGSSS es un arreglo institucional sui géneris basado en la premisa de que el mercado es capaz de decidir por sí solo sobre las necesidades de la población en salud.

Y cuando tal arreglo institucional llega al fracaso, como en el caso de los servicios de salud en Colombia, se pretenda que el problema obedece a “imperfecciones del mercado” o “pequeños problemas de regulación”, que por tanto pueden ser solucionados con pequeños ajustes. Para la CEPAL (Ocampo 1998) “…Uno de los grandes desafíos de América Latina consiste en demostrar que el nuevo modelo de desarrollo es compatible con la corrección gradual de las grandes desigualdades sociales existentes. De no lograrse este objetivo, las bases políticas de las reformas —que han sido sólidas hasta ahora, en gran medida porque el retorno a la estabilidad macroeconómica ha sido visto como positivo por el conjunto de la población— podrían deteriorarse. Lo que es igualmente grave, tal vez se generarían tensiones sociales que podrían afectar la gobernabilidad y erosionar las bases de los consensos políticos que han permitido el fortalecimiento de la democracia en la región, sin duda otro de los grandes logros de los últimos años”.

Desde esta perspectiva el país debe abocarse a una reforma estructural del sistema de salud que reglamente verdaderamente la ley estatutaria 1751 de 2015, dado que las reformas llevadas a cabo con la ley 1122 de 2007, 1438 de 2011, han significado arreglos institucionales en el marco del modelo de la ley 100 de 1993 que a todas luces no han logrado garantizar el goce efectivo del derecho a la salud.

1. DISPOSICIONES GENERALES

El marco de desarrollo de la reforma estructural del sistema de salud es la ley estatutaria 1751 de 2015. Según la OMS el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para

alcanzar el más alto nivel posible de salud; en consecuencia, el Sistema de Salud garantiza el goce efectivo del mismo mediante el acceso universal a los bienes y servicios de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y de paliación necesarios a cada persona en el marco de un modelo de desarrollo y atención integral, intersectorial, transectorial y oportuna de los daños, enfermedades endémicas, epidémicas, raras, ultra huérfanas, laborales, accidentes laborales, de tránsito, de conflicto armado en Colombia, y demás problemas de salud que puedan presentarse. Además otro componente de este derecho son los determinantes sociales de la salud entendido como la interdependencia de la salud con la garantía de otros derechos, tales como la educación, la cultura, el trabajo, la no discriminación, entre otros.

Para efectos de esta iniciativa de reforma a la salud se consideran los siguientes conceptos:

Salud. Es la capacidad y la potencialidad física y mental de las personas para desarrollar sus proyectos de vida en las condiciones materiales y sociales más favorables, cuyo resultado es el bienestar y buen vivir individual y colectivo.

Salud pública. Es una función estatal obligatoria, expresada en el conjunto de conocimientos, decisiones y acciones individuales y colectivas que se estructuran en políticas públicas para lograr el buen vivir de las personas y el óptimo mantenimiento de un entorno sano y saludable; orienta al sistema de salud y propicia la articulación entre Estado y Sociedad.

Territorio de Salud. Es una extensión determinada del territorio nacional, integrada por su suelo, personas que lo habitan, ambiente, recursos y entorno, todos los cuales se relacionan de manera dinámica y se identifican epidemiológica, económica, cultural, social y ambientalmente.

Modelo de atención. Es el conjunto de bienes y servicios articulados en el Sistema de Salud que actúa en los ámbitos individual y colectivo para resolver necesidades sanitarias de los territorios de salud; tiene responsabilidades institucionales y sociales y materializa el derecho a la atención integral en salud para su mantenimiento y recuperación y para la prevención de

enfermedades, atención y rehabilitación de las personas afectadas tanto por enfermedades generales como por las relacionadas con el trabajo y accidentes de tránsito.

Atención Primaria Integral en Salud (APIS). Es una estrategia que permite articular y coordinar los servicios de salud con otros sectores de la acción estatal, junto con la participación de las comunidades, para garantizar la integralidad de la atención, la afectación favorable de los determinantes sociales de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones en sus territorios. La APIS es la puerta de entrada al Sistema de Salud, que se estructura en redes integrales de servicios inter y transdisciplinarios, cuenta con alta capacidad resolutiva de los problemas con enfoque individual, familiar, comunitario, laboral y territorial para prevenir y resolver la mayoría de los problemas de salud de la población; su composición dependerá de la disponibilidad de recursos en cada territorio.

Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS). Es una forma de organización de instituciones y servicios de salud individuales y colectivos, de carácter público, privado o mixto, dispuestos a rendir cuentas al Estado y a la sociedad, que se articulan para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud mediante la atención integral de las personas y comunidades adscritas por territorios, en el marco de los principios del Sistema de Salud.

2. ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD

- Será un sistema público, descentralizado, con atención de los servicios de salud a cargo de entidades públicas, mixtas y privadas.
- En el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud no existirá la intermediación ni la administración privada del sistema, que es prohibida por la LES.
- El nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud estará cimentado sobre una fuerte Estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (Artículo 12, LES), con acceso universal, igualitario, no asociado a la capacidad de pago, puesto que los derechos fundamentales no están subordinados a una afiliación y solo se requiere ser residente o estar transitando en el territorio nacional para disfrutar el goce efectivo del derecho a la salud.
- La organización del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud estará basada en las Redes Integrales de Servicios de Salud (Art 13, LES), un Sistema Nacional de Referencia y

Contrarreferencia, organizado en y por los Territorios de Salud con el apoyo de unidades técnico-administrativas, que garanticen la continuidad, integralidad, oportunidad y eficiencia de la atención en salud (Art. 4, Art.13, Art. 8, Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional).

- El nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud estará orientado no solamente a la prestación integral de servicios (Art 8, LES), sino también al control de los riesgos de la salud y la gestión de los determinantes sociales de la salud en el marco de una política pública transectorial (LES Artículo 9).
- El nuevo Sistema garantizará a los trabajadores de la salud el disfrute de condiciones laborales justas, dignas y estables, y respetará sus derechos adquiridos (Articulo18-LES).
- La Política de formación, capacitación y actualización del Recurso Humano es una obligación permanente, garantizada por el Nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud.
- Para financiar el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud todos ponen; la administración de los dineros será descentralizada mediante un manejo técnico y transparente de los recursos.
- El Nuevo Sistema Seguridad Social en Salud contará con un Sistema Único de Información en Salud con alta tecnología de última generación, transparente y de carácter público; permanecerá disponible en línea y tiempo real.
- El Nuevo Sistema elaborará la Política Farmacéutica y de Evaluación de Tecnologías e Innovaciones en Salud (medicamentos, dispositivos médicos y demás insumos), que actualizará bienalmente.
- El Estado colombiano ejerce el gobierno del Nuevo Sistema Seguridad Social en Salud a través del Ministerio de Salud y Protección Social. La rectoría del sistema de salud la ejerce el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que estará conformado por el ministro de Salud y Protección Social, el ministro de Hacienda y por representantes de otros entes descentralizados y organizaciones representativas de la sociedad civil; será el encargado de definir las políticas públicas de salud y se constituye como Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- El mapa sanitario del país estará conformado por Territorios Saludables establecidos conforme a las características epidemiológicas, sociodemográficas, económicas, geográficas y de servicios públicos de cada región colombiana, que constituirá sus propios entes rectores

territoriales. Esto supone que un Territorio Saludable puede estar compuesto por segmentos de divisiones político-administrativas distintas que comparten, esencialmente, características epidemiológicas, culturales, geográficas, cercanía entre sí y lejanía de sus centros administrativos departamentales (Ejemplo: Girardot, Ricaurte, Flandes, Melgar, donde confluyen Cundinamarca y Tolima; Cravo Norte, Mochuelo, La Culebra, donde confluyen Arauca, Casanare y Vichada).

- En ese sentido, cada Territorio Saludable tendrá un ente rector (Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud) para lo cual contará con una alianza participativa y operativa de los entes departamentales, distritales y municipales de salud, más las organizaciones de la sociedad civil presentes en el territorio. Esto redunda en un nuevo concepto de lo público, que no está referido a la estatización de la rectoría y administración del sistema, sino que se entiende lo público como el espacio donde se expresan y se resuelven las necesidades de la sociedad, en el Estado Social de Derecho que es Colombia, según el Artículo 1 de la Constitución de 1991. Con este diseño se evita la cooptación privada de las instituciones estatales como expresión de intereses clientelares o particulares, y se supera el equívoco que introdujo la ley 100 de 1993 al plantear que las instituciones privadas podrían manejar de manera proba y trasparente los recursos públicos de la salud y gestionar mejor la salud pública, postulado que resultó ser falso.
  La dirección y administración del sistema estará a cargo de unidades técnico-administrativas dependientes de los Territorios Saludables en los niveles departamental, distrital y municipal, y del Ministerio de Salud y Protección social a nivel nacional.

  El Estado colombiano ejercerá el gobierno del Nuevo Sistema Seguridad Social en Salud a través del Ministerio de Salud y Protección Social. La rectoría del sistema de salud la ejercerá el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que estará conformado por el ministro de Salud y Protección Social, el ministro de Hacienda y por representantes de otros entes descentralizados y organizaciones representativas de la sociedad civil; será el encargado de definir las políticas públicas de salud y se constituye como Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

  El mapa sanitario del país estará conformado por Territorios Saludables establecidos

conforme a las características epidemiológicas, sociodemográficas, económicas, geográficas y de servicios públicos de cada región colombiana, que constituirá sus propios entes rectores territoriales. Esto supone que un Territorio Saludable puede estar compuesto por segmentos de divisiones político-administrativas distintas que comparten, esencialmente, características epidemiológicas, culturales, geográficas, cercanía entre sí y lejanía de sus centros administrativos departamentales (Ejemplo: Girardot, Ricaurte, Flandes, Melgar, donde confluyen Cundinamarca y Tolima; Cravo Norte, Mochuelo, La Culebra, donde confluyen Arauca, Casanare y Vichada).

En ese sentido, cada Territorio Saludable tendrá un ente rector (Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud) para lo cual contará con una alianza participativa y operativa de los entes departamentales, distritales y municipales de salud, más las organizaciones de la sociedad civil presentes en el territorio. Esto redunda en un nuevo concepto de lo público, que no está referido a la estatización de la rectoría y administración del sistema, sino que se entiende lo público como el espacio donde se expresan y se resuelven las necesidades de la sociedad, en el Estado Social de Derecho que es Colombia, según el Artículo 1 de la Constitución de 1991. Con este diseño se evita la cooptación privada de las instituciones estatales como expresión de intereses clientelares o particulares, y se supera el equívoco que introdujo la ley 100 de 1993 al plantear que las instituciones privadas podrían manejar de manera proba y trasparente los recursos públicos de la salud y gestionar mejor la salud pública, postulado que resultó ser falso.

La dirección y administración del sistema estará a cargo de unidades técnico-administrativas dependientes de los Territorios Saludables en los niveles departamental, distrital y municipal, y del Ministerio de Salud y Protección social a nivel nacional.

Redes de Servicios de Salud

Las Redes de Servicios de Salud se conformarán con instituciones de salud públicas y privadas, y operarán teniendo en cuenta las necesidades surgidas desde las instituciones de Atención Primaria de cada municipio, así como bajo las siguientes definiciones y estructura

administrativa:

Todas las instituciones públicas harán parte de la red de servicios y las instituciones privadas que lo deseen deberán adscribirse a la red departamental o distrital donde esté habilitada cada una de sus sedes. La adscripción es un proceso por el cual se compromete a no discriminar ningún paciente del Sistema que le sea remitido, como también a aceptar el tarifario único de servicios dictado por el Ministerio de Salud y Protección Social y, finalmente, tener en operación permanente un Comité Médico que analice el uso racional de procedimientos, medicamentos e insumos al interior de la institución, así como en las órdenes médicas y fórmulas tramitadas hacia el exterior, acorde a principios de economía y protocolos científicos disponibles. El Comité debe dar respuesta inicial a los interrogantes u observaciones presentados a la Institución por la Auditoría Médica Departamental o Distrital de la RED.

Prestación de servicios

La prestación de los servicios médicos asistenciales a los ciudadanos incluye la baja, mediana y alta complejidad, con todos sus servicios médicos y de apoyo para el diagnóstico y la complementación terapéutica, así como todas las especialidades aprobadas o convalidadas reguladas por Ministerio de Educación Nacional. Igualmente los servicios de atención extrahospitalaria de urgencias y el transporte de pacientes.

Atención Primaria en el centro de la Red de Servicios

La Atención Primaria en Salud es una estrategia que busca, mediante tecnologías y métodos sociales, clínicos y científicos, proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades en condiciones de cercanía como “primer elemento de asistencia sanitaria” que se garantiza por ser de alta calidad, costo efectiva y prestación de servicios multidisciplinarios (OMS, 1978). La atención primaria tiene un alcance mayor que el componente asistencial de los servicios curativos tal como lo plantea la OMS en su informe de 2008, e involucra la territorialización, el fortalecimiento de la participación social efectiva

que empodera a la población en la toma de decisiones, la gestión intersectorial y la integralidad de los servicios individuales y colectivos con un enfoque de salud familiar y comunitaria.

Todos los ciudadanos deberán estar adscritos a un Centro de Atención Primaria en función de la cercanía a su lugar de residencia. Las Direcciones Municipales y Distritales de Salud deberán desarrollar estos centros para garantizar los servicios básicos, incluido un adecuado servicio de apoyo diagnóstico, y para dar sede a los programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social en las distintas áreas geográficas del territorio. Deberán planificar como mínimo un Centro de Atención Primaria por cada 20.000 habitantes.

Las Direcciones Municipales y Distritales de Salud tendrán bajo su responsabilidad el servicio único de atención extrahospitalaria de urgencias, la coordinación de la red de urgencias, así como los servicios de atención domiciliaria.

Acceso a los Servicios

Para acceder a cualquiera de los servicios, el ciudadano acreditará sus derechos mediante su documento de identidad.

Los procesos administrativos generados por la prestación de los servicios, tales como referencia y contra-referencia, traslados, hospitalizaciones, suministros de medicamentos e insumos, deberán realizarse en forma interinstitucional, nunca trasladados dichos trámites al paciente o a sus familiares.

Cuando en el municipio de residencia del usuario se tenga la disponibilidad de servicios especializados, deberá ser atendido allí y no podrá remitirse a otros municipios, salvo que se demuestren serias falencias en el servicio o problemas específicos que lo justifiquen.

Igualmente, la red de servicios y la ruta de atención debe cumplir el principio de contigüidad, de tal modo que los pacientes no sean remitidos a servicios especializados en ciudades

lejanas, cuando en las ciudades próximas a su residencia estén disponibles dichos servicios especializados. Las excepciones a este principio deben demostrar serias falencias del servicio, o condiciones particulares que la justifiquen, para decidir la remisión a una ciudad distante del municipio de residencia del afiliado.

Para garantizar la portabilidad del derecho y la continuidad de la atención, cuando el ciudadano en tratamiento requiera trasladarse temporalmente a otro departamento o región, sin fijar residencia en la misma, por motivos relacionados con aspectos familiares o laborales, se solicitará a la Dirección Local de Salud una comunicación de solicitud de atención temporal en el municipio de destino y su correspondiente red de servicios para garantizar la continuidad de la atención en salud.

Cuando el ciudadano haya optado por recibir servicios médicos básicos distintos de su centro de atención primaria, asignado en función de su residencia, pero requiera del Sistema servicios de mayor complejidad, deberá tramitarlos necesariamente desde el Centro de Atención Primaria.

Sistema de referencia y contra-referencia:

Se entiende por resolver una referencia, la actividad de programar y conseguir la atención ambulatoria u hospitalaria que le ha sido solicitada al paciente por el médico tratante, desde la institución remisora hacia un nivel de complejidad superior, es decir agenciar debidamente cada solicitud de remisión ante las instituciones de mayor complejidad, con la determinación de horarios y consecución del servicio solicitado, y no simplemente como el proceso administrativo de expedir una orden para una institución, que deje al paciente y la familia la responsabilidad de conseguir la atención que requiere.

Proceso Interinstitucional. Para garantizar la accesibilidad, continuidad, integralidad, pertinencia y continuidad de la atención en salud, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes a través de la red de servicios será un proceso interinstitucional, mediado por instancia técnicas denominadas Coordinaciones Municipales,

Departamentales, Regionales y Nacional de la Red de Servicios.

Cada Institución de salud, sin importar su naturaleza, deberá tener en funcionamiento permanente una Oficina de Referencia y contrarreferencia de pacientes. Toda solicitud de referencia y traslado de pacientes debe orientarse por estas oficinas, que deberán gestionar la consecución del servicio requerido en la institución de mayor complejidad, con el apoyo de la Coordinación Municipal, Distrital o Departamental de la Red de Servicios. Toda contra-referencia debe ser igualmente dirigida por estas Oficinas.

Cada Dirección Departamental o Distrital de Salud conformará una Oficina de Coordinación de la Red de Servicios.

Cada Región constituirá una Oficina de Coordinación Regional de la Red de Servicios, dependiente de la Dirección Regional de Salud y el Fondo Regional de Seguridad Social en Salud.

A nivel Nacional se conformará una Coordinación Nacional de la Red de Servicios Especiales para suplir necesidades de atención que requieran superar los límites regionales, para tratamientos en instituciones especiales no disponibles en muchas regiones.

Tecnología de Información y Comunicaciones al Servicio de la Atención en Salud

La integración de las redes de servicios exige la conversión de múltiples referencia y contra-referencia, por necesidades de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica, en interconsultas especializadas a distancia mediante TIC para aumentar capacidad y resolutividad del médico de atención primaria o de los programas de prevención secundaria.

Por ello los servicios de salud requerirán cada vez acercar los exámenes especializados a los primeros niveles de atención y las interconsultas de los especialistas en línea, suprimiendo progresivamente la necesidad de referir o contra referir a los pacientes (un electrocardiograma puede ser tomado y referido al cardiólogo para pedir su concepto sobre el tratamiento, al igual que otros exámenes especializados). Ello no impide que se remita al

paciente cuando se considere necesario una valoración más detallada por parte del especialista.

La incorporación de tecnologías de información y la comunicación en salud, tanto en el área administrativa como asistencial, es esencialmente necesaria. El modelo de atención exige el compromiso de incorporar estas tecnologías en las redes de servicios de salud con el propósito de fomentar la movilidad de la tecnología especializada en salud, el acercamiento de esta al paciente en lugar de la movilidad del paciente para acercarlo a la tecnología, también la relación y conectividad de la red prestadora con las instituciones de atención primaria y la interoperabilidad de la historia clínica electrónica entres sus actores, o por ejemplo los beneficios de la automatización de un sistema de referencia y contrarreferencia con su respectiva trazabilidad.

Es prioritario garantizar la prestación de servicios de salud, condiciones de Acceso, Oportunidad, resolutividad y eficiencia en el uso de los recursos desde las instituciones de atención primaria hacia las de mediana y alta complejidad. Se establece el compromiso de implementar un modelo de atención médica con apoyo de telecomunicaciones modernas (con equipos de telemedicina o no) que permita el acceso integral, (procesos, equipos médicos, software y Talento Humano especializado), con especial desarrollo a partir de las de atención primaria y los programas de prevención secundaria para enfermedades crónicas.

Coordinación Departamental o Distrital de la Red: La instancia de Coordinación Departamental de la RED, estará conformada por la oficina y el equipo humano, encabezado por profesionales de salud con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar el Sistema de Referencia y Contra-referencia, coordinar el Sistema de Referencia y Contra-referencia de pacientes entre las instituciones de atención primaria y las instituciones con servicios de mediana y alta complejidad en cada departamento, más el proceso de traslado de pacientes. Deberá tener línea abierta permanente con las IPS que prestan los servicios de mediana y alta complejidad de la red en el departamento, para garantizar la atención oportuna de los afiliados. Igualmente, ofrecerá a las instituciones de la RED comunicación abierta y permanente con la Coordinación

Regional para organizar las referencias a las instituciones que prestan servicios de alta complejidad en otros departamentos de la región.

La Coordinación Departamental o Distrital de la RED deberá disponer de una plataforma tecnológica para garantizar la comunicación interinstitucional entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la red, capaz de brindar soporte 24 horas, los siete días de la semana. Así mismo, la plataforma debe contener módulos de gestión de información de los servicios de la red, que permitan agenciar debidamente cada solicitud de remisión ante las instituciones de mayor complejidad, así como el seguimiento y registro de toda referencia y contra-referencia. La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Medica. Debe tener la capacidad de generar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe bimestral a la Gobernación Departamental y al Ministerio de Salud y de Protección Social.

En Distritos y municipios de mayor tamaño las Direcciones Territoriales de Salud podrán crear una o varias oficinas de Coordinación del Sistema de referencia y contrarreferencia, en la medida del tamaño poblacional y la multiplicidad de instituciones de atención primaria, para que hagan enlace con las coordinaciones departamentales y distritales respectivas.

Coordinación Regional de la Red: La instancia de Coordinación Regional de la RED, está conformada por la oficina y el equipo humano, encabezado por profesionales de salud con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar y coordinar los procesos asistenciales y administrativos de los servicios de alta complejidad. La Coordinación deberá depender de la Dirección Regional de Salud y debe ser constituida por el Consejo Regional de Seguridad Social en Salud.

La Coordinación Regional de la RED deberá tener línea abierta permanente con las coordinaciones departamentales para atender los requerimientos de referencia de pacientes, así como comunicación estrecha con las direcciones médicas de las IPS que prestan los

servicios de alta complejidad en la región o fuera de ella, para garantizar la atención oportuna de los afiliados.

La Coordinación Regional de la RED deberá disponer de una plataforma tecnológica para garantizar la comunicación interinstitucional entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la red, capaz de brindar soporte 24 horas, los siete días de la semana. Así mismo, la plataforma debe contener módulos de gestión de información de los servicios de la red, que permitan agenciar debidamente cada solicitud de remisión ante las instituciones de mayor complejidad, así como el seguimiento y registro de toda referencia y contra-referencia. La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Medica. Debe tener la capacidad de generar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe bimestral al Consejo Regional de Seguridad Social en Salud y al Ministerio de Salud y de Protección Social.

Pago de los servicios de salud de mediana y alta complejidad

Las instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de salud deberán presentar las cuentas de servicios solicitados y prestados al respectivo Fondo Regional de Salud, Fondo que pagará el 80% de su valor dentro de los 30 días siguientes a su presentación, reservando el 20% restante a la revisión y auditoria de las mismas.

Los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud dispondrán de oficinas departamentales de Recepción, Revisión y Auditoría de Cuentas Médicas en cada departamento de la Región. Igualmente cada oficina departamental contará con una Dirección de Auditoría Médica de la RED.

Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% del valor de las mismas, la institución facturante entrará de inmediato bajo investigación de la Dirección Departamental o Distrital de Salud y los resultados de la investigación serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud. Adicionalmente, si se encontraran

irregularidades graves en la prestación o facturación por parte de una IPS, por parte de la Auditoría Médica, las Direcciones Territoriales de salud podrán exigir a las Coordinaciones Departamentales de la RED la restricción o el cierre total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios hacia dicha institución.

Evaluación de la Prestación de Servicios de la RED

Cada Coordinación Territorial de la RED debe producir un informe anual de Evaluación de la Red de Servicios, que será presentado ante la autoridad territorial, los cuerpos colegiados del respectivo territorio y el Ministerio de Salud y Protección Social.

La evaluación de la prestación de los servicios de la red se realizará de forma periódica, pero constante, en cada región y departamento, teniendo en cuenta los siguientes atributos:

- Conformación y desarrollo de la red y de los prestadores de servicios de salud que hacen parte de la misma. Equidad en la distribución de la oferta a las distintas poblaciones del territorio.
- Capacidad instalada de la red de servicios y adecuación de la oferta a la demanda de servicios.
- Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia
- Evaluación periódica de la satisfacción de los usuarios a la red prestadora de servicios de salud
- Evaluación de los atributos del SOGC: accesibilidad, oportunidad, pertinencia, suficiencia y continuidad, además del principio de contigüidad propio las rutas integrales de atención.
- Evaluación de indicadores de Gestión, de cumplimiento e impacto de la red de prestación de servicios de salud.

3. FINANCIAMIENTO

Colombia tiene una gasto en salud en porcentaje del PIB de 7,2%, que se encuentra en el promedio de la región, según el observatorio del gasto público CEDICE, que está en un 5%. De igual manera, presenta los más bajos gastos de bolsillo de la región, llegando al 15.36% en 2021. El presupuesto anual de salud de la ADRES supera los 60 billones de pesos (MSPS,

2020). Del total de los recursos 34 billones aproximadamente están dirigidos al aseguramiento en salud y la atención individual, casi 3 billones en recobros de medicamentos No Pos del régimen contributivo, y solo 1.3 billones de pesos se dirigen para la salud pública, la promoción y la prevención. (MSPS, 2017).

No obstante las cifras del déficit son variables, y fluctúan entre 10 y 20 billones de pesos. El sistema de salud en Colombia ha sido una caja negra, en donde no se ha contado con un sistema de información cierto que dé cuenta del flujo de recursos dentro del mismo. Se ha tenido conocimiento cierto solo recientemente con la creación de la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud que comenzó a operar desde el 1 de agosto de 2017, cuyo objetivo es administrar los recursos del SGSSS y administrar los recursos del fondo de garantías para el sector salud FONSAET, esto supone llevar a cabo el pago y reconocimiento de los recursos de la UPC, Unidad de Pago por Capitación, a las EPS del régimen subsidiado y contributivo dentro del sistema de aseguramiento. Respecto al déficit financiero del sistema, la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales en su informe de cartera con corte a junio de 2019 manifestó que la deuda a los hospitales y clínicas por la prestación de servicios de salud llegó a los $10.1 billones de pesos, de los cuales el 59,1 % es deuda morosa.

Estas deudas han aumentado de manera considerable, ACHC informaba que las deudas habían ascendido casi el doble, solo en dos años, con un estudio de cartera al 31 de diciembre de 2018 que representan 207 instituciones hospitalarias. Según Fedesalud, el problema más sobresaliente en el devenir del sistema, pertinente a la relación entre los distintos actores (es decir, sin contar el viacrucis de los ciudadanos), es la inoportunidad en los pagos de las facturas y demás compromisos contractuales, fenómeno que, a pesar de la expedición de decenas de normas, los distintos gobiernos no han logrado corregir.

La verdadera causa del incumplimiento de los pagos es, por supuesto, el hecho de que desde un comienzo se permitió, y se sigue permitiendo, en este “particular mercado”, que el dinero no tenga valor, por lo que no se reconocen intereses de mora. El Código de Comercio de Colombia reza en su Art. 885.- Todo comerciante podrá exigir intereses legales comerciales

de los suministros o ventas que haga al fiado, sin estipulación del plazo para el pago, un mes después de pasada la cuenta.

En síntesis, los servicios prestados, los suministros entregados e incluso el trabajo realizado deben ser pagados al precio de la fecha en que fueran provistos y, en caso contrario, se deberán reconocer los intereses correspondientes a la mora pues, de no hacerlo, el deudor puede obtener rentabilidad financiera con los dineros del proveedor, y se falsean los precios y los costos de las dos entidades que realizan la transacción comercial.

Desde el inicio hizo carrera en el sistema, y es una realidad de bulto, la desviación de las prácticas comerciales aceptadas en Colombia y el mundo entero, relacionadas con el reconocimiento oportuno de las obligaciones y el pago de los intereses en los casos de mora. La ruptura de las normas más elementales relativas a los contratos entre empresas, respecto a las obligaciones monetarias, sus efectos, las consecuencias y responsabilidades financieras que de ellas se derivan, falsea la condición propia de la economía de mercado relativa al valor del dinero y crea de hecho una subcultura o “economía especial”, que no todos los empresarios e inversionistas parecen dispuestos a aceptar. Otros se ajustan, incluyendo por anticipado en el costo del bien o servicio los costos financieros derivados de la cartera prolongada.

Nunca fue posible ulteriormente, en este extraño “mercado”, la recuperación de las prácticas comerciales, basadas en la necesidad de honrar oportunamente las obligaciones contraídas y en la existencia de medidas coercitivas ante las conductas opuestas, para dar seguridad a los inversionistas en el sector. Una enorme cartera en el sistema, con promedios reales superiores a tres o cuatro meses y con porcentajes significativos a seis u ocho meses, denunciados en múltiples publicaciones, evidencian la falta de seguridad jurídica y financiera en este “particular mercado”. Este fenómeno podría interpretarse, de otra forma, como prueba de que el sistema opera más como un esquema de distribución de recursos públicos del Estado, que con una lógica de mercado. Incluso las últimas medidas del Gobierno para girar directamente a los hospitales los dineros, por franco incumplimiento de los pagos por parte de las EPS, constituyen una prueba más de este comportamiento propio de los

sistemas de asistencia pública. Es de anotar que dada la ineficacia de las EPS en el giro de recursos públicos de la salud, el Ministerio de Salud y Protección Social reconoce que entre junio de 2016 y mayo de 2017 se han girado $15,1 billones de pesos de manera directa por parte del Ministerio a los prestadores, de los cuales el 67,01% se ha girado a las IPS y proveedores.

En total, desde la aplicación de la medida en abril de 2011 a 2017, se han girado $68,7 billones de pesos de los cuales 65% ha sido para la red prestadora y proveedores (Radicado MinSalud 201742301674932). Para subsanar la crisis financiera de los prestadores de servicios de salud, el Ministerio de Salud ha apelado a la figura de compra de cartera en donde reconoce que a diciembre de 2016 se han aprobado 1.816 operaciones de compra de cartera por $1,62 billones, en las que se han beneficiado 415 IPS y 26 EPS de los regímenes contributivo y subsidiado (Radicado MinSalud 201742301674932). En cuanto a las EPS, el informe de la Superintendencia Nacional de Salud de 2016 que analiza 33 EPS muestra que tienen un déficit financiero de 5,2 billones de pesos.

El último informe publicado por la superintendencia de salud, de evaluación financiera de las EPS con corte a diciembre de 2018, muestra que estas entidades 32 tienen un déficit financiero total de 8 billones de pesos, es decir, en cuatro años el indicador empeoró en un 72%. De acuerdo a los resultados 18 EPS no cumplen con el capital mínimo para continuar en el mercado del aseguramiento, razón por la cual, la Supersalud tendría que revocar la licencia de funcionamiento de varias de estas, la última fue Emdisalud. Para la vigencia de 2018 solo 9 EPS cumplieron con los márgenes de solvencia financiera, esto ocurre, después de la hiper flexibilización de las regulaciones del Gobierno Nacional para facilitar la existencia de estas entidades.

Posteriormente la Superintendencia de Salud emitió un informe con corte a marzo de 2021 (Supersalud, 2021)[12], 9 EPS solicitaron plan de reorganización institucional y ajuste financiero, 6 solicitaron autorización de capitalización, todo esto amparado en los actos administrativos que flexibilizaron las exigencias financieras de las EPS.

Es entonces que el Gobierno expide para este singular mercado una regulación extraordinaria (un regalo sin par para unas empresas sin par), dirigida a permitir que las EPS continúen operando y manejando billones de pesos de recursos públicos a pesar de no contar con un solo peso de patrimonio propio (o presentando “patrimonios negativos” en sus balances financieros durante muchos años). A estas entidades no se les aplica, ante la pérdida total de su patrimonio, lo que es ineludible ante la quiebra de cualquier otra empresa en la “economía normal”: la obligación de recapitalizar o la inevitable liquidación.

En ese sentido, el Gobierno del Presidente Iván Duque, cuando cumplió un año de haberse posesionado, ha expresado la intención de facilitar la generación de un oligopolio de EPS, en donde se liquiden las que no funcionen para que las de mejor funcionamiento asuman la totalidad del sistema de aseguramiento. En ese sentido, la primera iniciativa legislativa, radicada y aprobada por el actual gobierno, correspondió a la ley 1949 de 2019 para el fortalecimiento de la Supersalud, en la cual se le entregaron mayores facultades a esta entidad, para el ejercicio de la inspección, vigilancia y control. Esto se hizo con el objetivo de dotar de dientes a la institución, para proceder a la liquidación de EPS con el objeto de conducir el sistema hacia un oligopolio, que conforme al Gobierno Nacional, sería la solución al problema de la salud.

Desde esta perspectiva la propuesta de reforma estructural del sistema de salud contempla que el desarrollo de un nuevo arreglo institucional para el manejo de los recursos financieros del sistema no requiere las intermediarias financieras EPS, esto ha resultado a todas luces en un manejo inadecuado de los recursos que no aportan valor agregado a la prestación de servicios de salud y la gestión de la salud pública, realidad que ha sido aceptada por los propios gobiernos y que fue una de las motivaciones del proyecto de ley de reforma a la superintendencia de salud para facilitar la liquidación de las EPS que no cumplan con los criterios de solvencia, que serían la mayoría, y serían todas si se establecieran criterios idóneos de medición, dicho de otra manera, la flexibilización de parámetros de evaluación de las EPS es lo que ha facilitado de manera forzada y antitécnica la manutención de estas entidades en el sistema, que en estricto sentido son administradoras de recursos públicos de los colombianos.

4. ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS

La lógica de contratación en el sistema de salud

El Ministerio de Salud y Protección Social reconoce que ha habido un mecanismo de contratación selectiva que ha generado grandes ganancias en eficiencia y ha controlado la presión inflacionaria en el POS, lo cual hizo posible la cobertura universal del aseguramiento sin crecimiento del gasto en salud, con una cobertura de la población subsidiada a más del 50% de los colombianos. El Ministerio reconoce que no hace gastos y obtiene renta. En ese contexto, un estudio reciente evidenció que el nivel de crecimiento constante de los precios de contratación de hospitales no cambió de manera significativa desde 1995 hasta 2013 (Ruiz, 2015). Se destaca el cambio de las instituciones hospitalarias: de un modelo de producción industrializado de servicios, a un modelo de comercializadora o intermediaria de los mismos estimulado por la Ley 1438 (Art 59).

Esta intermediación supone un nuevo traslado del riesgo mediante la subcontratación con otras empresas más pequeñas ubicadas al interior o exterior de cada centro hospitalario. Llevando este modelo al extremo, se podría comparar este hospital con múltiples servicios subcontratados, más con un centro comercial que con una empresa productiva. El objeto social de la IPS continente sería la comercialización de servicios (compra a las IPS contenidas para vender en conjunto a aseguradores, otras entidades y pacientes), actividad que le dejaría un margen de utilidad sin asumir mayores riesgos. Al parecer esta tendencia a no asumir riesgos se está convirtiendo en una característica frecuente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, tanto a nivel de aseguradores como de prestadores.

Esta propensión puede crear al mismo tiempo un sinnúmero de intermediarios que obtienen un margen y trasladan el riesgo sin agregar mayor valor, con lo que finalmente se reducen significativamente los recursos para la prestación efectiva de los servicios de salud. A esto se suma el reconocimiento que hace el órgano rector del sistema, el Ministerio de Salud en el documento MIAS, que expresa: La no existencia de normas que hagan transparente la contratación y el precio ha llevado a la contratación incompleta, la inexistencia o parcialidad de la red que garantice el derecho y uso de la integración vertical. A ello se han sumado

barreras negativas desde los prestadores como reducción de demanda, porcentajes de contratación forzada, la diferenciación selectiva de servicios y la creación de barreras a través de la captura del asegurador.

Sin embargo, lo más precario ha sido la extensión de 29 mecanismos contra cíclicos de pago, como el pago per cápita en la baja complejidad y el pago por evento en la mediana y alta complejidad, mecanismos de pago que incentivan la baja capacidad de resolución de los niveles básicos y la inducción de demanda en la alta complejidad. (PAIS-MIAS, 2016) Las consecuencias que se derivan de tal intensa mercantilización de los servicios son, por una parte, la duda permanente sobre la cobertura o posibilidad de autorización o facturación de determinado procedimiento modificado, o insumo incluido en el plan (manual de tarifas), dado el permanente cambio tecnológico, así como, por otra, la pérdida de la continuidad e integralidad del servicio, atributos de la calidad en salud, dada la necesidad de autorización y facturación detallada de cada actividad y procedimiento. La crítica más dura al sistema no es aquella que repite: “la salud es un derecho, no una mercancía”, sino la que define al sistema mismo, no como un sistema de salud, sino como un sistema de facturación. Para los sistemas intensivos en facturación de mercancías resultan ideales los medicamentos, los insumos, los exámenes clínicos y las consultas individuales, que cumplen a cabalidad la condición de mercancías de rápida circulación.

No parecen ajustarse a esta lógica, en el otro extremo, ni el trabajo médico en equipo, ni los programas basados en equipos multidisciplinarios, ni los largos procesos de rehabilitación, ni los complejos mecanismos de atención para pacientes crónicos, menos las reuniones de mortalidad o las autopsias. Más bien, los enfermos se debieron ajustar a las necesidades del mercado y a demandar repetidamente autorizaciones de servicios.

Desde esta perspectiva, para garantizar la administración de recursos, la reforma estructural que reglamenta la ley estatutaria propone la creación de unos fondos territoriales de salud, que serán administrados por unidades territoriales conformadas por entidades públicas descentralizadas con altos estándares técnicos que posibilten un control anticorrupción. Esta entidad tendría como objetivo el recaudo de los recursos de los entes territoriales, la

organización de los presupuestos y los mecanismos de contratación de los prestadores de servicios de salud, el ejercicio de la autoridad sanitaria territorial y la rendición de cuentas ante el consejo territorial de salud.

¿Cómo se manejarían la financiación y cómo se administrarían los recursos en el nuevo sistema de salud?

Todos ponen

En el mismo lugar donde se genera la riqueza (los excedentes económicos) deben recaudarse los recursos necesarios para asegurar el bienestar de la población, en especial los destinados a garantizar la salud y la seguridad social. La financiación de la salud y la seguridad social debe ser tripartita, como se estableció internacionalmente, desde su origen, en los Estados de bienestar.

Todas las empresas, trabajadores, independientes y rentistas de capital deben aportar sin excepción a fondos parafiscales; las empresas en proporción a los contratos realizados por trabajos o servicios personales, y los trabajadores, cuentapropistas y rentistas en proporción a su ingreso. Todo contrato o pago de trabajo, sin importar la forma jurídica, debe incluir aportes a la seguridad social que, en caso de no realizarse, generarán una deuda exigible con la seguridad social y se constituirá en una obligación fiscal que generará cobro coactivo.

El Estado podrá subsidiar temporalmente las obligaciones de aportes para salud de microempresas y de cuentapropistas, cuando su renta presuntiva sea inferior a la línea de pobreza monetaria de una familia promedio. En ningún caso, el no pago o el atraso en las obligaciones con la seguridad social de empresas, trabajadores, cuentapropistas o rentistas se constituirán en barrera para el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional.

Descentralización

Los recursos destinados a la salud y la seguridad social en salud respetarán la descentralización político-administrativa del país, establecida en la Constitución de 1991. Por

ello, y por la necesidad de fijar competencias y responsabilidades de los servicios de salud y del manejo de los recursos, se establecerán varios niveles de financiamiento que descentralicen efectivamente rentas y gastos.

Los municipios y distritos recibirán efectivamente los recursos de participaciones de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN) que determinó la Constitución del 91 para la salud de sus habitantes y ubicarán estos recursos en un Fondo de Salud Municipal, junto con los recursos propios, con destinación específica a financiar directamente las instituciones encargadas de la atención básica en salud de sus habitantes y los servicios de promoción de la salud, control de los factores de riesgo y las acciones sobre los determinantes sociales, integradas como un servicio público, con participación social, dirigido a lograr una mejoría constante en los indicadores de salud y calidad de vida de la población.

Los departamentos y distritos dispondrán de: 1. un Fondo Departamental o Distrital de Seguridad Social en Salud, que integrará las rentas cedidas; 2. del recaudo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y 3. de otros recursos propios. Estos recursos serán para planear, organizar, dirigir y adecuar las instituciones hospitalarias públicas, mediante presupuestos de funcionamiento e inversión orientados a garantizar la suficiencia de la oferta de servicios de mediana y alta complejidad en el territorio, incluida la red de urgencias, y para desarrollar los servicios de transporte de pacientes; todo en busca de optimizar la capacidad de respuesta territorial a las necesidades de atención de la población. Los departamentos y distritos deberán asignar un 2% de su presupuesto para la formación y cualificación de los trabajadores de la salud.

Se organizará un nivel regional, que integrará grupos de departamentos y distritos bajo un “territorio de salud”, que contará con un Fondo Regional de Seguridad Social en Salud, al que ingresarán todos los aportes de seguridad social de salud de empresas, trabajadores, independientes y rentistas de capital del territorio y que integrará los recursos destinados a salud de las Cajas de Compensación. Los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud financiarán hospitales públicos y pagarán los servicios prestados por los privados que se integren a la red de servicios del territorio, por mecanismos de reconocimiento de servicios

prestados de mediana y alta complejidad, a las tarifas únicas y obligatorias de prestación de servicios que fije el Gobierno Nacional.

El nivel nacional manejará un Fondo Nacional de Compensación que se financiará con un 10% del recaudo de los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud. El Fondo Nacional de Compensación incluirá un sub-Fondo o seguro para apoyar a los territorios en situaciones de catástrofes, eventos catastróficos y desastres. También constituirá un sub-Fondo para garantizar el tratamiento de enfermedades raras de pacientes de todos los territorios en entidades especializadas, con recursos del presupuesto general.

Manejo técnico y transparencia en los recursos

Para garantizar el manejo técnico de los recursos correspondientes a los fondos de salud y seguridad social, en todos los niveles de financiamiento del Sistema, se constituirán Unidades de Planificación y Evaluación que asesorarán la formulación de los planes anuales y evaluarán el cumplimiento de las metas. Estas unidades rendirán informes trimestrales a las respectivas autoridades y a los organismos de control, al tiempo que garantizarán el acceso público y abierto a toda la información disponible. Se propenderá por que exista un control ciudadano mediante veedurías con conceptos vinculantes.

5. PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con respecto a los prestadores públicos, el Ministerio de Salud y Protección social evidencia en el documento PAIS-MIAS que existe una disminución en la oferta de servicios de los primeros niveles de atención, debido a la exigencia de rentabilidad financiera, antes que el cumplimiento de sus objetivos misionales que son la prestación de servicios de salud, lo que se corrobora a partir de la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, la cual ha disminuido entre 2013 y 2016 en un 2.8%; en el segundo nivel se presenta el mismo comportamiento con una disminución del 1.5%; el documento señala que existe un crecimiento significativo de las IPS públicas de tercer nivel de atención, las cuales crecen durante el mismo periodo en 9.8% (MSPS,2016).

El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) a septiembre de 2020, mostró 19.399 Institución Prestadora de Salud (IPS). El 18,75% (3.638) tenían carácter público, el 80,91% (15.696) privado y mixtas el 0,34%. Los territorios de Bogotá D.C (15%), Antioquia (10,93%), Valle del Cauca (9,94%), Atlántico (6,22%), Santander (5,51%), Bolívar (4,99%) y Córdoba (4,27%), fueron los que mayor proporción de IPS. Caquetá, Arauca, Putumayo, Amazonas, San Andrés y Providencia, Guaviare, Vichada, Guainía y Vaupés tuvieron proporciones inferiores al 1,0%. Se observa, que las IPS están concentrados en los departamentos con mayor densidad poblacional y desarrollo urbano.

El 53% de las IPS privadas se concentran en Bogotá D.C (17,67%), Antioquia (11,67%), Valle del Cauca (10,16%), Atlántico (6,88%) y Santander (5,72). Las IPS públicas se encuentran en Nariño (9,76%), Valle del Cauca (9,15%), Antioquia (7,75%), Córdoba (6,24%), Bolívar (5,88%), Magdalena (5,17%), Cundinamarca (5%), Santander (4,67%), Boyacá (4,12%), Cesar (3,99%), Cauca (3,88%), La Guajira (3,82%), Bogotá D.C. (3,68%), Norte de Santander (3,66%) y Tolima (3,38%) (ASIS, 2020)

Para enero de 2020 se contaban a nivel nacional con 68.983 sedes de prestadores, un aumento del 10,5% respecto a las sedes inscritas en el 2017. Por clase de proveedor, a enero de 2020 se presentó incremento, así: se pasó de 18.336 a 18.702 sedes de IPS; en materia de profesionales independientes se aumentó de 40.802 a 47.256 y referente a de transporte especial de pacientes se incrementó de 346 a 364 (Auto, Corte Constitucional, 2020). El 60% de las IPS se encuentran en las capitales. En cuanto a la capacidad instalada se presenta el siguiente reporte: Ver cuadro

CAPACIDAD INSTALADA		
	2017	2020
Camas	83.789	87.554
Quirófano	2.971	3.068
Parto	1.306	1.352
Ambulancia	5.79	6.273
Otros	12.152	15.792
Total	106.008	114.039
Proporción capacidad instalada	86%	
Variación 2017 - 2020 total capacidad instalada (En porcentaje)	7.58%	

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

SERVICIOS	HABILITADOS A NIVEL NACIONAL			
	2017	2018	2019	2020
Partos	1.306	1.334	1.35	1.352
Quirófanos	2.971	2.996	3.068	3.068
Ambulancias	5.79	6.021	6.265	6.273
Profesionales de la Salud*	--	686.269	731.018	775.771

*Incluye a los auxiliares

En cuanto al transporte asistencial para 2019, se disponen de 6.129 ambulancia, con un promedio de 186 ambulancias a nivel departamental. Según la modalidad el 98,0% (6.009) son ambulancias terrestres, el 0,8% (49) corresponden ambulancias aéreas. El 0,962% (59) y 0,20% (12) son ambulancias de tipo fluvial y marítima respectivamente. Los territorios que concentran más del 57,9% de las ambulancias básicas se ubican en Bogotá D.C (545), Valle del Cauca (544), Antioquia (507), Santander (308), Cundinamarca (299), Boyacá (211),

Tolima (206) y Atlántico (198). En tanto que el transporte medicalizado se registró más del 51,4% en Bogotá D.C (213), Antioquia (96), Valle del Cauca (85), Atlántico (68), Cesar (67), Bolívar (65) y Santander (54) (ASIS, 2020)En cuanto a la red de prestación de servicios, para el año 2020 en este informe, solo el 55, 4% de las EPS contaba con un concepto positivo por parte de Supersalud, de red habilitada para satisfacer las demandas de sus afiliados.

Según el REPS a abril de 2019, en Colombia, disponía 8.131 camas, distribuidas por modalidad: adultos con el 23,0 (1.868), obstetricia con el 19,1% (1.557), pediátrica con el 18,8% (1.525), cuidado intermedio adulto con el 6,1% (498), cuidado intensivo adulto con el 5,5% (449), cuidado intermedio neonatal con el 4,0 (324), cuidado intensivo neonatal con el 3,8% (306), cuidado básico neonatal con el 3,2% (261),cuidado intermedio pediátrico con el 2,8% (224) (ASIS, 2020)

Los territorios de Antioquia (12,2%), Bogotá D.C (10,0%), Atlántico (8,1%), Valle del Cauca (7,0%), Bolívar (5,5%), Santander (5,5%) y Cesar (3,9%) concentran el 52,4% (4.257) de todas las modalidades de camas registradas en el REPS* . En contraste Vaupés y Guainía registraron 9 y 6 camas, respectivamente.

Adicionalmente, se ha evidenciado que los niveles de atención básicos presentan alta obsolescencia tecnológica, deficiencia del personal de salud y de infraestructura, esto debido a la pobre inversión de los gobiernos para el fortalecimiento de la red pública de hospitales. El mercado de la salud instaurado creó la tendencia a estimular la atención especializada en el alto nivel de complejidad, que garantiza la sobrevivencia financiera de las instituciones. Esto en contravía de los postulados de la Atención Primaria en Salud, donde la mayor resolutividad de los problemas de salud debería darse en el primer nivel de atención.

A esto se suma el hecho de que el modelo destruyó el sistema de referencia y contrarreferencia, que posibilitaba que el paciente transitara con facilidad a través de los diferentes niveles de atención requeridos de la red hospitalaria; la contratación de los prestadores de servicios de salud dependió de las EPS y sus criterios mercantiles, sin ninguna regulación por parte del Estado, descuidó las necesidades de salud de la población.20 Por

dicha razón, los niveles de ocupación en los prestadores públicos permiten evidenciar la tendencia de la atención en los niveles de atención superiores; es así como los niveles de ocupación en el primer nivel de atención solo alcanzan el 40%, los demás niveles superan el 78% en el periodo 2007 – 2012, con una tasa de ocupación por encima del 97% en el segundo nivel y del 91% en el tercer nivel. Es así como el uso de los niveles básicos es del 60% y de los niveles de alta complejidad supera el 90% (MSPS, 2016).

El sistema ha aumentado el número de atenciones y prestación de servicios, pero esto no ha respondido a la búsqueda de resultados en salud de la población, sino a los incentivos del mercado para que exista producción de servicios de salud. En 2007, el 48% de los partos se remitía a los centros de mayor complejidad desde los hospitales públicos de primer nivel, para 2012 el 88% generaba esta misma situación, lo cual permite inferir el incentivo al crecimiento de la cesárea en el país, que pasó del 25% en 1998 al 46% en 2013 (MSPS, 2016). Estos índices demuestran que se ha debilitado el sistema de atención primaria en salud, la cual posibilita la detección temprana de los problemas asociados con el parto, mediante los controles prenatales.

El modelo incentiva el alto costo y la facturación de servicios, tanto así que para generar mayor facturación privilegia y genera la necesidad de hacer cesáreas, cuando la mayoría de partos deben ser naturales. Se ha presentado a nivel global un debate en torno al aumento de partos atendidos por cesárea. Se reconoce que esta intervención puede ser eficaz para prevenir morbi-mortalidad materna y perinatal cuando existe una justificación médica; no obstante, puede aumentar el potencial riesgo de infección y complicaciones por la cirugía, específicamente en lugares donde no existen las condiciones seguras para la realización de las intervenciones. En ese sentido, la OMS ha expresado que a nivel poblacional las tasas de cesáreas superiores al 10% no están asociadas con una reducción de la mortalidad materna y neonatal. Otro ejemplo que puede ilustrar los efectos del desmonte que ha hecho el sistema de la atención primaria en salud es en el caso del cáncer, donde se incentiva que la enfermedad evolucione a sus estadios más graves, para la satisfacción y la renta de una industria farmacéutica que se lucra de la venta de medicamentos oncológicos de alto costo. En el caso del cáncer de mama, por ejemplo, el promedio de días transcurridos entre la

primera consulta y el tratamiento es de 137 días de los cuales se pierden 90 entre el diagnóstico inicial y la confirmación del dictamen en el centro especializado. Como resultado, en Bogotá se diagnostica el 29,1% de los casos de cáncer de mama en estadio localizado, contra 64% en USA, y el 57.2% en estadio de invasión regional, frente al 27% en USA (Piñeros y cols., 2009).

En ese contexto, sólo el 49% de los pacientes con cáncer de mama son detectados en estados tempranos, existen unas coberturas inferiores al 47% para el tamizaje de cáncer de mama. El tiempo promedio de espera entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino es, en promedio de 70 días (Exposición de motivos PL 010 Senado y 425 de Cámara, 2020).

A esto se suma que la ineficiencia del sistema lleva a la reconsulta por el poco tiempo en la consulta, lo que termina en complicaciones que generan alta rentabilidad. De otro lado, el modelo de mercado a la salud implementado profundiza las inequidades en la concentración de la prestación de servicios. Se evidencia una concentración de las atenciones de carácter nacional; a partir del análisis de la distribución geográfica en la prestación de servicios de salud, se observan cerca de 20 nodos que centralizan el flujo de procedimientos médicos para pacientes provenientes de los 1,101 municipios del país. La consulta especializada, se concentra aún más en diez nodos; seis nodos, por su parte, concentran los procedimientos hospitalarios (Bogotá, Medellín, Bucaramanga, Pasto, Cali y Barranquilla), con preeminencia de Bogotá y Medellín como agrupadores finales de referencia (Páez y Cols, 2012)[13]

Adicionalmente a lo ya evidenciado en los territorios apartados y con las poblaciones dispersas, acerca de la forma como la oferta de los servicios de salud- determinada por el mercado-, no llega a la población pobre, alejada de los centros urbanos, se ha encontrado evidencia más fuerte de este indeseable efecto del alejamiento de los servicios de la población pobre en las grandes ciudades. Una investigación realizada por el CID de la Universidad Nacional, en Bogotá, demuestra que la inversión privada en prestación de servicios se concentra en barrios de alto poder adquisitivo, mientras localidades de poblaciones del sur y occidente de la ciudad se encuentran gravemente desprovistas de

servicios.

En los resultados de la investigación se sintetiza la enorme inequidad de una sociedad cuya oferta de servicios, en todos los servicios analizados en las IPS registradas y habilitadas en el Distrito, se aleja consistentemente de la población más pobre y, por tanto, más necesitada en términos de salud. La investigación deja abierta la pregunta de: ¿cómo asigna y distribuye el mercado?, pues supuestamente el aseguramiento es universal y, en consecuencia, la garantía de la demanda previamente financiada garantizaba el acceso igualitario y sin discriminación de la población a los servicios.

Otro interrogante que surge: ¿puede el Estado garantizar una oferta mínima de servicios que responda a las necesidades de los usuarios, si los esfuerzos son insuficientes para compensar el desastre en términos de desigualdad que genera este Sistema? Esta situación se da por la hegemonía y el ineficaz control realizado sobre las EPS aseguradoras, quienes ejercen su posición dominante en la contratación de los prestadores y la absoluta negación al ciudadano del derecho de escoger donde recibir el servicio. Los contratos entre aseguradores y prestadores tienden a ser incompletos e inestables.

También es evidente que existen diferencias de precios entre los mercados de prestación que indican diferencias en la concentración y el poder de negociación entre aseguradores y prestadores (Ruiz, 2015). El diagnóstico realizado por el modelo de atención integral en salud MIAS reconoce que en el primer nivel de atención la contratación usualmente corresponde a la capitación sin umbrales y límites definidos, y tanto aseguradores como prestadores tienden a generar rentas sobre las asimetrías en los contratos; los primeros, haciendo uso de la autorización como mecanismo para modular la oferta con contención del gasto; y los prestadores de primer nivel en la remisión de pacientes a la alta complejidad y el mantenimiento de una estructura no resolutiva pero menos costosa para la prestación de servicios (MIAS, 2016). Ante esta situación, el paciente debe hacer su propia gestión ante el asegurador, para la obtención de los servicios requeridos. Todo este esquema se traduce finalmente en la violación del derecho a la salud de la población. Estas limitaciones son determinados por un modelo de salud que privilegia el enfoque hospitalario de servicios

orientados hacia la enfermedad y su resolución en las instituciones hospitalarias de mayor complejidad. En efecto, se hace notorio el crecimiento en la demanda de profesionales especializados.

Las urgencias de las IPS de mediana y alta complejidad se han constituido como la puerta de entrada al sistema, con la consecuente subutilización de los servicios básicos. Se posicionó así la enfermedad y las ganancias financieras por parte de los distintos actores, por encima de la salud y la integralidad de la atención. Esto deriva en un sistema de salud absolutamente costoso e ineficaz, en su objetivo que debería ser la garantía del derecho a la salud, lo que hace que el sistema sea insostenible financieramente. En suma, el gasto en salud mediado por el mercado acabó privilegiando el consumo de medicamentos, insumos y equipos de alta tecnología, en hospitales de alta complejidad, negocios que, por permitir márgenes de utilidad mucho mayores, presionan por todos los medios su inclusión, consumo y pago por los fondos de la seguridad social.

Para un empresario de la salud es mucho más rentable manejar dos pacientes hemofílicos que dos mil afiliados para atención básica en un centro de salud. ¿Qué se puede esperar, entonces, de tal estímulo económico?. Se podría señalar que el problema fundamental del sistema, que lo tiene actualmente en crisis, parece ser justamente el hecho de que el gasto del Estado no llega a la población pobre y no se traduce en servicios de salud adecuados, sino que buena parte se concentra, se desvía y se aleja por el camino en vista de la presión de diversos intereses descritos en este “mercado”. En síntesis, el arreglo institucional construido en 1993 no ha resultado eficiente en la asignación y menos en la distribución. En el estudio de la Unidad de Capitación del Sistema para 2011 (Universidad Nacional 2011), la Universidad Nacional de Colombia, después de estudiar en detalle el gasto en salud, frecuencias y costos para determinar la prima pura del sistema encontró un desproporcionado incremento del gasto de las EPS del régimen contributivo, centrado en el rubro de medicamentos.

Las EPS que presentaron enormes sobrecostos en medicamentos fueron entidades de carácter cooperativo, que se caracterizaban por ser propietarias de su red de prestadores y

poseedoras al mismo tiempo de las firmas que les suministraban los medicamentos. En consecuencia, en su estudio, la Universidad Nacional concluye: Se repite insistentemente que las EPS son un negocio de especulación financiera, donde presuntamente se derivan rentabilidades producto de retrasar los pagos a los 32 prestadores y poner a rentar estos recursos en el sector financiero, hecho que no es comprobable empíricamente con los estados financieros.

La preocupación fundamental consiste, por el contrario, en que algunas entidades sin ánimo de lucro, tanto del régimen contributivo como del subsidiado adopten comportamientos rentistas en los que no interesa la utilidad de la EPS sino la ganancia de los negocios derivados integrados verticalmente, como capitación con entidades propias, compra de medicamentos o insumos, servicios de ambulancias, lavanderías, celaduría y otros servicios generales. Las compras de servicios, medicamentos o insumos, en estos procesos de integración vertical con las empresas de la misma entidad o el consorcio, o en el que participan los administradores o sus allegados, quedan por fuera de mecanismos de mercado, sin competencia real de precios y, por tanto, no hay garantía de que las negociaciones se den a los precios óptimos.

Este comportamiento rentista, en lugar de tener un incentivo para controlar el gasto del POS, tiene un claro estímulo a aumentar los gastos en los servicios de los que se derivan rentabilidades, lo que significaría una tendencia al aumento de los gastos de salud en la nota técnica de ambos regímenes.

En este punto parece haberse encontrado la relación entre el arreglo institucional con entidades sin ánimo de lucro que manejan las unidades de capitación, y el comportamiento rentista consecuente: a estas entidades les interesaba manejar grandes recursos para derivar ganancias a través de negocios secundarios, ya que de la empresa y del negocio principal legalmente no podían derivar ganancias

Por la misma razón, estas entidades no tienen motivación alguna para ahorrar recursos al sistema y tienden a gastar la totalidad de lo recibido. Al mismo tiempo, las entidades

privadas que manejan tanto el Plan Obligatorio como los planes voluntarios, tampoco tienen interés en ahorrar recursos al sistema, pues cargan todos los gastos de los pacientes al seguro obligatorio hasta llegar a su tope, y derivan las ganancias por el seguro voluntario. Como consecuencia de tal arreglo institucional y el consecuente aliciente generado, no se puede esperar otro resultado. El premio Nobel Stiglitz señala por su parte: “Hoy en día, no hay apoyo intelectual razonable para la proposición de que los mercados, por sí mismos, generan resultados eficientes, mucho menos equitativos”. (Stiglitz 2010)

En ese sentido, la propuesta de reforma estructural del sistema de salud, sienta sus bases en las disposiciones de la sentencia C-313 de 2014, en la cual cualquier persona residente en el territorio nacional podrá solicitar cita en su institución hospitalaria de referencia sin que medie autorización de algún intermediario, de acuerdo a los principios de autonomía profesional y autorregulación. Esta institución prestadora estará organizada en red integrada e integral con otras instituciones de carácter público, privado o mixto. Esta red conforme el nivel de complejidad requerido por el ciudadano paciente, se circunscribe a su territorio o al nacional según la disponibilidad de servicios y tecnologías en salud. La autoridad sanitaria de la red será ejercida por las unidades territoriales de salud que fijará los presupuestos, formas de pago, contratación, conforme a los lineamientos estipulados por el consejo nacional de salud y el correspondiente consejo territorial de salud.

6. MODELO DE ATENCIÓN

   La Salud Pública y los Territorios

   El modelo de salud instaurado por la ley 100 de 1993 partió de la consideración de la ineficacia del Estado para gestionar la prestación de servicios de salud y la salud pública, para justificar la entrega de esta última al sector privado, por lo que progresivamente fue mermando la capacidad de los entes territoriales para ejercer rectoría y ejecutar la política de salud. De ahí que la inversión en salud pública muestra condiciones de ineficiencia; una evaluación desarrollada por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre ejecución presupuestal encontró que para octubre de 2015 cerca del 40% de los presupuestos de salud pública de los municipios no había sido ejecutado (MSPS,2016).

De otro lado, el sistema otorga un poder hegemónico a las EPS en la prestación de servicios de salud, la prevención y la promoción, pero esto menoscaba las posibilidades de vigilancia que el ente territorial pueda ejercer sobre dichas entidades, cuyo control y poder sancionatorio fue centralizado por la Superintendencia Nacional de Salud, que hasta el momento no ha ejercido su función a cabalidad. De otra parte, el modelo de aseguramiento instaurado contrasta con la heterogeneidad territorial y poblacional del país, que no considera las variables poblaciones, étnicas y epidemiológicas. Es evidente que la mayor concentración de la carga de enfermedad y problemas nutricionales se encuentra en zonas apartadas y con mayor concentración étnica.

El esquema de competencia en el aseguramiento ha permitido una micro-segmentación de la población en dichas 25 comunidades, situación que ha impedido que se pueda hacer una intervención en salud común desde la perspectiva colectiva. Según la OPS, “el eje operativo para la salud pública son las responsabilidades que el Estado debe asumir, y más exactamente lo que le corresponde hacer a las autoridades oficiales en materia de salud en los diferentes niveles territoriales. Esto incluye no sólo las responsabilidades de ejecución directa de actividades o actuaciones específicas de salud pública, sino también y, de forma estratégicamente prioritaria, las actuaciones de movilización, promoción, orientación y articulación de los agentes sociales y el apoyo que se necesita de ellos a la hora que se cumplan las actuaciones en materia de salud pública (Martinez, 2012).

Las posibilidades de desarrollo de un territorio en general, y de salud en particular, dependen también de la existencia de una autoridad territorial con suficiente capacidad técnica y administrativa; es decir, con direcciones de salud capaces, pero que, además, tenga la voluntad política para abrir caminos de participación. Construir procesos de planeación serios y participativos en el país no es sencillo, dado que cientos de pequeños municipios no tienen la más mínima capacidad técnica ni administrativa. De no abordar un verdadero reordenamiento territorial para construir niveles del Estado más racionales en cuanto a su tamaño geográfico y poblacional y, por tanto, con mayor capacidad de planificación, el país y el Gobierno central deben pensar en establecer asociaciones de municipios en provincias o unidades similares que garanticen condiciones más técnicas de administración y gestión del

desarrollo, pero que tengan en cuenta las necesidades de los ciudadanos en el territorio, incluidas la planeación y la vigilancia en salud pública. Condiciones de los recursos humanos La implementación de la Ley 100 de 1993 no previó los requerimientos cuantitativos y cualitativos del recurso humano en salud, ni el impacto que el nuevo modelo tendría (MSPS,2016).

No se definieron políticas de formación, gestión o distribución que respondieran a los objetivos del sistema de salud. Dichos procesos se dejaron más a la definición de las perspectivas de cada institución y del mercado, que a la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Además, la ejecución de la Ley 100 coincidió con las directrices de flexibilización laboral que adelantaba el Estado en ese momento. En relación con la formación del recurso humano en salud, el país ha tenido un aumento progresivo, sostenido y sin ningún tipo de regulación. Estos 25 años se han caracterizado por la proliferación de facultades de medicina, que en la actualidad suman 60, pero que se quedan cortas en dar respuesta a una política de Estado de formación de talento humano en salud en función de las necesidades de la población.

En la reforma estructural que se propone el modelo de atención será definido por el Consejo Nacional de Salud con base a una propuesta de reglamentación presentada por el Ministerio de Salud, que debe contener la concepción y gestión de la atención primaria integral en salud, Servicios ambulatorios y hospitalarios especializados, los Servicios especializados de salud ocupacional, los programas de control de problemas y enfermedades de interés en Salud Pública y las prestaciones económicas.

7. SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN EN SALUD
   El nuevo sistema de salud desarrollará un sistema de información único, público, trasparente, disponible en línea, que usando las últimos recursos tecnológicos de Big Data, Procesamiento Digital de Imágenes, cadena de bloques y demás recursos para Inteligencia Artificial, permita recuperar el máximo de información económica, clínica, científica, tecnológica, técnica y administrativa, desde los orígenes del sistema de salud vigente, para preservar recursos económicos y epidemiológicos, así como tener los elementos empíricos oportunos para la

toma de decisiones en política pública, y que en sí mismo sea un instrumento de soporte a la justicia para sancionar la corrupción y evitarla en el sector salud (Art 17, LES).

El Sistema incluirá los datos necesarios para garantizar la información sobre componentes individuales, demográficos, determinantes de salud, genéticos y clínicos, que incluyen diagnósticos con sus ayudas y resultados, procesos de intervención terapéutica, rehabilitadora y de paliación, incluyendo administrativos y contables. Un elemento constitutivo de este sistema será la historia clínica única. Todo esto, garantizando el derecho fundamental constitucional a la intimidad y a la privacidad de cada persona.

8. PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL

La participación social y ciudadana se ha tornado en el actual sistema de salud en un elemento formal y retórico, sin poder vinculante, un ejemplo de los muchos que se podrían mostrar en el sector salud, está dado por la resolución 330 de 2017 “Por la cual se adopta el procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiados con recursos públicos asignados a la salud y se establecen otras disposiciones”, esta resolución tenía como objetivo implementar el artículo 15 de la ley estatutaria en salud, no obstante la manera como fue concebida por el contrario, elude la reglamentación manteniendo el concepto de listados y tratamientos bajo la denominación de POS, con cargo a la UPC o PBS, que no corresponde a las consideraciones de la Sentencia C-313 de 2014, en donde se desaparecen estos listados, en donde se mantienen solo unos criterios de exclusión de servicios que no serían cubiertos con recursos del sistema de salud, dado que la manutención de listados ha derivado en la negación de servicios y en la vulneración de la autonomía profesional, y con ella la vulneración del derecho a la salud.

Esta resolución que en sí misma se presenta como un mecanismo participativo aclara en uno de sus apartados que no tiene un carácter vinculante, las decisiones que resulten del proceso de convocatoria para participar, quedan a discrecionalidad del Ministerio de Salud. Esta es una de las explicaciones del porqué las organizaciones de la sociedad civil de la salud han disminuido su participación anual en este procedimiento, un ciudadano no va a participar

para que le nieguen un derecho, a partir de la negación de su postura en un proceso participativo de toma de decisiones.

En este sentido, en la reforma estructural que se propone la participación se considera como un derecho y un deber fundamental con carácter vinculante, que implica los mecanismos para la exigibilidad del derecho, en el diseño de las políticas públicas a través del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y los respectivos Consejos territoriales, la consulta previa con las comunidades étnicas y la participación en el proceso de inspección, vigilancia y control.

9. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL IVC

Una de las instituciones centrales en la IVC del actual sistema de salud es la Super Intendencia de Salud, que cumple funciones sancionatorias sobre las EPS, no obstante, la labor sancionatoria ha sido débil, frente la magnitud de las transacciones económicas que ejercen estas instituciones. La ley 1949 de 2019 no logra el cometido de generar una descentralización efectiva de la Supersalud, esta se limita a la apertura de unas oficinas para recepción de quejas y peticiones en las regiones, y el monto de las sanciones establecidas son pírricos respecto al caudal de recursos públicos que intermedian los administradores de estos recursos, es probable que estos recursos de las sanciones se paguen con los propios recursos públicos. En el siguiente cuadro se muestra el número de investigaciones con sanción desde el 2014 a 2017, en un año estas no superan los 30 mil millones de pesos (Gaceta del Congreso, 2018):

Otras de las debilidades, es los tiempos cortos para que la superintendencia adelante las investigaciones administrativas que previo a la ley 1949 de 2019 era de tres años, por lo que se propuso una ampliación de 5 años, dado que un número importante de procesos caducabas ante la incapacidad de la delegada de estos procesos para tramitar los mismos (Ver Cuadro de Gaceta del Congreso, 2018)

La ley 1949 de 2019 fue una iniciativa del gobierno del presidente Iván Duque Márquez que fue aprobada con las siguientes consideraciones para reformar la Supersalud: Incrementar el

monto de las multas, la instauración de sanciones alternativas como las multas sucesivas, se precisan nuevas posibilidades para la revocatoria parcial o total de autorizaciones de funcionamiento, la suspensión de certificados de autorización, el cierre temporal o definitivo de servicios y establecimientos por incumplimiento, la adopción de medidas concretas contra representantes legales y revisores fiscales. Se definió las conductas e infracciones, los criterios agravantes, las sanciones con la cuantía, el procedimiento para su imposición y la autoridad competente.

Este proyecto de ley tiene una demanda por inconstitucionalidad dado que se expresa que se transgrede el debido proceso, en tanto se entregan facultades a una autoridad administrativa para definir multas y sanciones, además de otorgar un excesivo poder para sancionar y remover representantes legales en el sector salud. Se expresa que se vulneran los criterios de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que define los plazos de un proceso.

En la propuesta que se hace la Superintendencia de Salud debe ser un organismo descentralizado con un poder de actuación efectivo en los territorios, con una estructura nacional, que se debe dirigir a investigar a prestadores que vulneren el derecho a la salud, dado que en esta propuesta de reforma desaparecen las intermediadoras financieras y de la prestación de servicios, que en este momento se encuentran en cabeza de las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Esta institución debe vigilar la prestación adecuada de todas las instituciones de prestación de servicios, debe resolver las quejas que se hagan frente el manejo de los recursos de los fondos regionales y el fondo nacional; y la resolución de la respuesta oportuna a las quejas, reclamos y solicitudes de información de los ciudadanos en todos los niveles de atención del sistema de salud. Las actuaciones de este organismo deben responder en un tiempo corto que no debe superar las 72 horas, con esto se podría lograr la des judicialización del sistema, sin perjuicio de la protección constitucional del derecho a la tutela.

La Supersalud responderá por su gestión ante el Estado colombiano en las instancias competentes como son el Ministerio de Salud y Seguridad Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y los Consejos Territoriales de Seguridad Social y Salud.

10. DETERMINANTES DE LA SALUD

    Otro de los elementos que determina la inequidad en salud se refleja en la diferencia en la gestión de los determinantes sociales de la salud, estos son las condiciones y derechos interdependientes que debe garantizar el estado para el logro del goce efectivo del derecho a la salud física y mental. Se reconocieron como parte del derecho a la salud en la observación general 14 del Comité DESC en el año 2020, y fueron incorporados por la ley estatutaria de salud 1751 de 2015 y la Sentencia C313 de 2014, estos son los determinantes:

    1. Acceso a agua potable limpia y a condiciones sanitarias adecuadas
    2. Disponibilidad de alimentos sanos para una buena y adecuada nutrición (seguridad alimentaria)
    3. Derecho a vivienda digna, energía eléctrica y disposición de excretas
    4. Condiciones de trabajo dignas, seguras y sanas
    5. Medio ambiente sano
    6. Acceso al trasporte
    7. Acceso a la educación y recreación
    8. Condiciones de vida digna
    9. No discriminación de ningún tipo
    10. Paz (Violencia o Conflicto armado)
    11. Acceso a la información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.
    12. Participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.
    13. Diferencias y enfoques basadas en la perspectiva de género
    14. Distribución de los recursos (Distribución social de la riqueza)

    A continuación, se hace una descripción de la situación de algunos elementos de estos determinantes en Colombia.

    La Encuesta de Calidad de Vida para 2017 muestra que en Colombia el 90% de la población tiene acceso a acueducto y el 78% a alcantarillado. El acceso a servicios es mayor en el área urbana o cabecera que en el área rural o resto. El 17,19% (1.817,629) de los hogares

colombianos no tiene acceso a fuente de agua mejorada y existe gran heterogeneidad por departamentos: en Chocó, Guainía, Guaviare, Vichada, Putumayo y el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, el porcentaje sobrepasa el 50% de los hogares. El DNP estima que el 16,98% (1.794.807) de los hogares hace inadecuada eliminación de excretas; los departamentos más críticos en su orden son: Chocó, Vichada, Guainía, La Guajira, Córdoba y el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, donde el porcentaje de hogares con la deficiencia es superior al 50% .

En suma, el acceso al agua potable universal sigue siendo una promesa incumplida por varios gobiernos, un lugar común que aparece en los discursos de cada mandatario año tras año sin que se traduzca en hechos y realidades, frente a un tema de tan elemental necesidad para la conservación de la vida humana (El Espectador, 2021)

En cuanto a la seguridad alimentaria, se estima que entre 2005 y 2018 casi nueve de cada 100 nacidos vivos tuvieron bajo peso al nacer y nueve muertes se atribuyeron a esta causa. De todas maneras, no se desconoce su importancia, pues para este periodo 844.573 recién nacidos pesaron menos de 2.499 gramos, para un promedio anual de 60.327 y una desviación estándar de 1.598 (ASIS, 2020).

Igualmente, y siguiendo el informe citado, *de acuerdo con la encuesta ENSIN 2015, la prevalencia por anemia en el país es de 27,7%, un 0,4% más frecuente en niñas (24,7%) que en niños (24,6%), en área urbana fue de 24,1% y en el área rural fue de 26,1%*. Del mismo lado, en el 2010 la prevalencia de deficiencia de zinc en niños y niñas entre 1 y 4 años fue de 43,30 por cada 100 menores; y la prevalencia de deficiencia de vitamina A fue de 24,30 por cada 100 menores.” “En Colombia, la obesidad en las personas entre 18 y 64 años ha tendido al incremento; la prevalencia para 2010 es un 20% mayor que en 2005, pasando de 13,70 a 16,50 casos por cada 100 personas.

Otro asunto clave es la obesidad, que puede ser intervenida con políticas públicas como los impuestos a las bebidas azucaradas, la reciente ley aprobada de etiquetado. En Colombia la obesidad en las personas entre 18 y 64 años ha aumentado y la prevalencia para 2015 es un

13,3% mayor que en 2010 al pasar 16,5 a 18,7: *la población con obesidad es mayor en mujeres (22,4%) que en hombres (14,4%), con una diferencia absoluta de 8,0 mujeres; un 18,1% mayor en el área urbana (19,5%) que en la rural (15,9%), con una diferencia absoluta de 3,5 por quintil de riqueza (20,5%) con respecto al quintil más bajo de riqueza (16,8%)*.

Otra arista de este tema se observa en la encuesta del pulso social del DANE para enero del 2021, la cual documentó que solo el 67,3% de los hogares consumieron tres comidas al día, el 29,6% dos comidas al día y el 2,43% solo una comida[14]

Según la estimación del DANE en 2018 el 14.13% de las personas vivían con sus necesidades básicas insatisfechas: el 3,74% en la miseria, el 5,31 en viviendas inadecuadas, el 3,58% con servicios inadecuados, el 4,06% en hacinamiento: *La incidencia de la pobreza monetaria fue 1,7 veces más alta en el resto (rural) que en las cabeceras municipales. De acuerdo con este índice, grandes diferencias interdepartamentales reflejan la forma como se distribuye la pobreza monetaria, para el 2018 los departamentos de Chocó, La Guajira, Cauca, Magdalena, Córdoba, Cesar, Norte de Santander Nariño, Sucre, Caquetá, Huila, Bolívar. Tolima presentaron una incidencia de pobreza monetaria más alta que al nacional*" (Asis, 2020: 90).

Para el año 2020 las tasas de desempleo entre los meses de septiembre a noviembre era de 14,6%, aumento más de 4% respecto al mismo trimestre del año anterior, siendo las mujeres más afectadas con un 19% respecto a los hombres que presentaron el 10,9%.

La alta comisionada de Derechos Humanos de Naciones Unidas ha documentado en su informe sobre Colombia del año 2020 que la empresa Cerrejón en el sitio de Tajo Pitilla ha causado problemas de salud en las comunidades indígena como parte de la explotación minera a cielo abierto. Esta situación se presenta a lo largo y ancho del territorio nacional, debido al pobre o nulo control por parte de las autoridades ambientales.

Siguiendo con el informe citado, entre el 25 de marzo y el 31 de diciembre se realizaron 21.602 llamadas por violencia intrafamiliar a la línea 155, un 103% más que el año 2019 en

el mismo periodo. Esta situación se ha asociado a las medidas de restricción de la movilidad que ha generado cuarentenas con dificultades de convivencia que han derivado en este tipo de violencia.

En cuanto a los derechos sexuales y reproductivos, el 18,3% de niños y niñas nacidos en el tercer trimestre del 2020 eran hijos de menores de 19 años.

En cuanto a la discriminación, en Colombia en el año 2019, las personas que vivían en situación de pobreza multidimensional era 2,8 más alto en las zonas rurales que en las urbanas, así mismo la tasa de analfabetismo es de 3,4 veces superior en lo rural que en lo urbano.

En lo referente a la paz y el conflicto, de acuerdo con el Informe de la Alta Comisionada de Derechos Humanos en el año 2020, la tasa de homicidios reportada por la policía nacional es alarmante en departamentos como el Cauca (53,7), Chocó (54,3), Putumayo (42,8), y Valle del Cauca (45,1). En el 2020 se documentaron 76 masacres que acabaron con la vida de 292 personas, incluidas 23 mujeres, 6 niñas, 18 niños, 7 indígenas, y 10 afrodescendientes. La Misión de verificación de Naciones Unidas documentó el homicidio de 73 antiguos integrantes de las FARC-EP, para un total de 248 después de la firma del acuerdo de paz en Colombia.

También se expresa que para el 2020 hubo 94 eventos de desplazamiento masivo que afectaron 25.366 personas, el 76% ocurrieron en Antioquia, Chocó y Nariño.

En el 2020 hubo 133 casos de homicidios de personas defensoras de derechos humanos, de los casos verificados se encuentran presuntamente entre los perpetradores el ELN, disidencias de las FARC-EP e integrantes de la Policía y el Ejército. Además, documentan 795 amenazas a personas defensoras de derechos humanos.

La distribución de la riqueza y la inequidad es otro de los determinantes sociales de la salud, en ese sentido, el mismo informe de la Alta Comisionada de Derechos Humanos en el año 2020 expresa que en el contexto de la pandemia el PIB decreció en un 9% respecto al mismo período en el año anterior, en cuanto a inequidad, de acuerdo a la CEPAL, Colombia continúa

estando entre los países más desiguales de la región, estiman que el coeficiente de Gini podría aumentar en un 2,9% a raíz de la crisis generada por la pandemia.

En el análisis de Garay y Espitia de los datos del Dane (2018-2019) de inequidad se concluye (Revista Sur, 2021)[15]:

- Apenas un 3.3% de los hogares o un 3.2% de las personas se podrían clasificar como de clase alta, con una participación de 22.3% en el total de ingresos de los hogares o personas del país.
- Un 45.1% de las personas o un 40.6% de los hogares podrían catalogarse como de la denominada clase media, los cuales participarían con un 56.0% del ingreso total de personas u hogares.
- Cerca de un 27.0% de los hogares o un 19.5% de las personas del país se encontrarían en situación de vulnerabilidad, con una participación del 13.3% de los ingresos totales.
- Los más pobres serían un 24.6% de los hogares o un 36.7% de las personas en pobreza las cuales participarían tan solo con el 8.4% de los ingresos totales.
  Los mismos autores señalan que la concentración del ingreso bruto en Colombia ha sido una constante histórica, por la vía del capital financiero, de los medios de producción o la tierra, e incluso por las asignaciones salariales. Los niveles se exacerban al relacionar tanto el ingreso bruto promedio como el patrimonio promedio del 1% o del 1 por mil de las personas naturales más ricas con el promedio de las personas naturales del decil 1 de menores ingresos. El ingreso bruto promedio del uno por ciento de las personas naturales más ricas del país es 294 veces el ingreso promedio de las personas naturales del decil 1, mientras que en patrimonio esta relación es de 683 veces; entre tanto, para el uno por mil de las personas naturales más ricas dichas relaciones son de 1302 y 3606 veces, respectivamente.

Las inequidades también se reflejan en el acceso a los servicios de salud y la mortalidad la mortalidad más alta por Covid-19 en el año 2020 se presentó en el Amazonas, el departamento del Chocó que es habitado mayoritariamente por población afrodescendiente e indígena solo cuenta con dos hospitales para atender a 520.296 habitantes, que se encuentran en la capital, con dificultades de acceso por parte de la población rural. Esta

situación se repite a lo largo y ancho del país en las zonas dispersas y rurales.

El modelo de la ley 100 profundizó la inequidad en salud y sigue siendo lo más prevalente. Esto no solo se refleja en los resultados de salud diferenciales en las zonas dispersas, sino en las barreras de acceso para la prestación de servicios en estas zonas. Barreras de acceso e inequidad territorial. De acuerdo con las estimaciones del DNP, el 16% de los hogares en Colombia tiene barreras de acceso a los servicios para el cuidado de la primera infancia; en Chocó, Vichada y La Guajira más del 33% de los hogares encuentra estas barreras. Así mismo, el 6% de los hogares en Colombia tiene barreras de acceso a los servicios de salud; los departamentos donde esta proporción es más alta son Chocó y Putumayo, con un 19% y 16% de hogares; el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina tiene el 2% de sus hogares con barreras de acceso a estos servicios.

Para la gestión de los determinantes sociales de la salud, la reforma que se propone generará la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de la Salud, integrada por los Ministros de gabinete sin posibilidad de delegación, que tendrá como objetivo introducir metas, presupuestos y acciones específicas en el Plan Nacional de Desarrollo para lograr incidencia e impacto en cada uno de estos determinantes. De igual manera se crearán las comisiones intersectoriales de determinantes sociales de la salud en los departamentos y distritos, con la participación de los secretarios de despacho que harán lo propio en los planes de desarrollo locales.

11. POLÍTICAS PÚBLICAS PRIORITARIAS

Recurso Humano en Salud

El talento humano en salud es el recurso más importante de cualquier sistema de salud. Según el observatorio de Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud para el 2017 había 323.039 profesionales de la salud, las auxiliares de enfermería pasaron de 179.077 en 2011 a 311.984 en 2017, para este último año habían 76.235 tecnólogos profesionales (ASIS, 2020). Entre los profesionales de la salud la distribución es la siguiente: médicos (31,9%), enfermería (19,2%), Odontología (15,2%), y otras profesiones (15,1%). Para el año 2017 se

disponían de 26 médicos y enfermeras por cada 10 mil habitantes. La mayor concentración de médicos se encuentra en las ciudades de Bogotá, Atlántico, Risaralda, Santander, Antioquia, Valle del Cauca, la menor densidad se encuentra en el Vaupés y Chocó. En cuanto a enfermería se encuentran 13 profesionales por 10 mil habitantes, con mayor presencia en Bogotá, Santander y Atlántico, con menor déficit en la Guajira, Chocó y Caquetá.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha manifestado que la titulación de médicos generales y enfermeras se ha incrementado en los últimos años; la tasa de formación de especialistas se ha mantenido estática e incluso ha bajado en la proporción de nuevos especialistas por habitantes que ingresan al mercado laboral (MSPS,2016); no obstante, en el momento no existe evidencia clara del número de especialistas que tiene el país o de su distribución dentro del territorio nacional para atender las necesidades de la población. La razón es que la atención a la comunidad no ha sido el criterio para desarrollar las regulaciones de la formación de este recurso.

Lo que sí es cierto es que en Colombia existen enormes dificultades para el acceso a especialidades médico-quirúrgicas. Uno de los elementos que explican con preeminencia este fenómeno es el altísimo costo que tiene cualquier especialidad médico-quirúrgica. Ante la ausencia de una regulación estatal efectiva del mercado universitario, las instituciones formadoras llegan a cobrar matrículas que fluctúan entre 10 a 40 millones de pesos anuales, a precios del 2.017, en programas que requieren formación de tiempo completo por tres a cinco años.

Esta condición que es excepcional en el mundo; en ningún otro país se paga por entrar a las residencias, ya que para el médico en formación implica trabajar en la prestación de servicios de salud y ejercer como docente de los estudiantes de pregrados y aún en el mismo posgrado en estudiantes de la misma residencia de cursos inferiores, en las instituciones de educación superior. Esta realidad, que resulta aberrante al compararla con los demás países, se intentó subsanar mediante la aprobación de la ley 1917, de iniciativa de los gremios médicos y el Congreso de la República que reglamenta el sistema de residencias médicas con el objetivo de remunerar a los médicos residentes con recursos públicos de la salud y

regular las onerosas matrículas universitarias. Esta ley de la República se encuentra en proceso e implementación y cuatro años después de expedida no ha regulado las exorbitantes matrículas.

La formación de talento humano en el modelo de mercado ha tenido una tendencia a desincentivar la formación en áreas como salud pública, comunicación, gestión, comprensión del contexto y los saberes humanos. Durante los años posteriores a la reforma de la ley 100 no se profundizó en la formación asociada a la educación y promoción de la salud, atención primaria en salud, procesos de gestión y coordinación de programas e intervenciones de carácter familiar y comunitario.

Así mismo, existe una enorme deuda en la formación con respecto a las culturas médicas tradicionales de los grupos étnicos y la implementación del enfoque intercultural. (MSPS, 2016). Sin embargo, recientemente se conoció un informe de la OCDE en el cual se evidencia la falta oferta de médicos y enfermeras: En cuanto al número de médicos, nuestro país se encuentra ocupando uno de los peores lugares en el ranking, con 1,8 médicos por cada 1.000 personas. Sin embargo, en peor posición nos dejan las cifras en relación con el personal de enfermería, enviándonos al último lugar, con un índice de 1,1 por cada 1.000. El Ministerio de Salud y Protección Social expresa que existe una brecha entre los resultados de la formación y las necesidades del desempeño que determinan una baja capacidad resolutiva de los profesionales de la salud, no solo para la atención sino también para la prevención de la enfermedad y el cuidado paliativo (MSPS,2016).

El perfil del médico general, las especialidades médicas básicas, los odontólogos generales, bacteriólogos y enfermeros han perdido la mayor parte de la capacidad para resolver las necesidades de salud en el primer nivel de atención, así como para la coordinación de programas e intervenciones comunitarias dada la tendencia a perfiles de formación especializados y hospitalocéntricos (MSPS,2016). Han desaparecido perfiles como el promotor de salud, los gestores en salud, los agentes comunitarios y los auxiliares de salud pública. El impacto que ha tenido el sistema de aseguramiento sobre la educación en salud, es la amnesia formativa de 25 años en el recurso humano para el abordaje de la salud

pública. El sistema ha puesto énfasis en la atención especializada, llevada a cabo por médicos especialistas y auxiliares de enfermería. La adquisición de capacidades para el uso de nuevas tecnologías contrasta con la baja capacidad resolutiva del personal de salud en los niveles básicos de atención.

En cuanto al modelo de aseguramiento, la segmentación del sistema de salud, la participación del sector privado, las políticas de flexibilización laboral, transformaron las condiciones laborales del sector salud en un campo donde confluyen y se superponen diversos regímenes laborales, la mayoría de ellos fundamentados en la tercerización laboral ilegal, la contratación por prestación de servicios y a destajo, lo que ha terminado afectando negativamente las condiciones laborales y el ejercicio profesional. La masacre laboral del sector salud en Colombia, que arrojó decenas de miles de funcionarios de sus cargos y los tercerizó o los convirtió en contratistas de servicios, constituyó una clara violación a los Artículos 22 a 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y un retroceso histórico del país en el cumplimiento de los mismos. Así, la gestión del recurso humano se ha enfocado más en mejorar la productividad y controlar el gasto de las instituciones en el corto plazo, se han invisibilizado los derechos laborales, y el personal de salud en muchos casos se ha concebido como un insumo más del mercado de la salud.

La reforma estructural considera diversas políticas prioritarias, una de ellas es la generación de un régimen y política laboral del talento humano en salud en cumplimiento de las directrices de la Organización Internacional del Trabajo, que genere un plan de formalización laboral en el sector público y privado, respetando los derechos adquiridos y recuperando las plantas de personal en las Empresas Sociales del Estado. Otras de las políticas prioritarias que desarrolla el proyecto de reforma es la atinente a la formación y educación en salud, la certificación y recertificación de los trabajadores de la salud, y una política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud.

En ese sentido, las instituciones públicas, privadas y mixtas del sistema, destinarán y garantizarán los recursos y el tiempo de trabajo utilizado en la actualización y educación continua de los trabajadores de la salud. Esta actividad permanente del Sistema de Salud

será llevada a cabo con financiación pública proveniente de los dineros que para tal efecto deben presupuestar las Instituciones que hacen parte de las redes integrales para la prestación de servicios de salud y preservará la autonomía e independencia intelectual y moral las profesiones, las distintas disciplinas y de los trabajadores de la salud. Los Ministerios de Salud y Educación establecerán reglas claras, precisas y rigurosas para la convalidación de títulos extranjeros y se dará cumplimiento a la Ley de Residencias Médicas (Ley 1917 de 2018), con implementación efectiva de la regulación de matrículas.

En relación con medicamentos, dispositivos médicos y demás tecnologías de la salud:

1. a) Creará un organismo independiente de evaluación periódica científico-técnica y económica a todas las tecnologías de salud, para poder aceptarlas.
2. b) El sistema de salud velará por la seguridad de las personas sujetas a tratamientos médicos, quirúrgicos, de rehabilitación y de paliación, y financiará los medicamentos y demás tecnologías existentes, con utilidad y seguridad demostradas mediante rigurosos estudios científicos independientes, requeridos para la atención integral en salud (Art 15, LES).
3. c) Desarrollará y actualizará continuamente la política farmacéutica basada en el concepto de medicamentos esenciales (componente de la atención primaria) y en la utilización exclusiva de las denominaciones comunes internacionales.
4. d) Desde el ejercicio de la Autonomía Profesional, las organizaciones científicas, académicas y gremiales de las distintas profesiones y disciplinas de la salud desarrollarán mecanismos de autorregulación para la prescripción de medicamentos y tecnologías de salud, conforme lo establecido en el artículo 16 de la ley estatutaria que establece: “Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios de salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley.”
5. e) Habrá sistematización total de atenciones, prescripciones y transacciones del sistema de salud con portabilidad de historias clínicas, conectividad universal y acceso público al microdato.

6. f) Se desarrollarán mecanismos evaluadores de pertinencia y resultados en salud.
7. g) Se creará un sistema público de producción y participación en cadenas de suministro, con énfasis en transferencia de tecnología y soberanía nacional.

12. MECANISMOS DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

La ley estatutaria 1751 de 2015 estableció la autonomía profesional como uno de los ejes centrales de la garantía del derecho a la salud, esta debe estar enmarcada en el principio de autorregulación, en ese sentido se definió el artículo 16 que estipula:

"*Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios de salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley".*

En la actualidad se ha tergiversado este mandato legal y se han generado juntas médicas a cargo de las EPS y no de los prestadores de servicios de salud, en algunas ocasiones estas se han convertido en mecanismos para negar servicios, y desconocer el concepto del médico tratante. Es necesario señalar que las juntas médicas por principio deben contar con la participación del médico tratante y tienen como función tomar las mejores decisiones colegiadas para el cuidado de la vida de los pacientes, resolver conflictos, discrepancias de diagnóstico y tratamientos con criterios éticos, autonomía profesional, autorregulación, razonabilidad y evidencia científica.

El proyecto de reforma estructural al sistema de salud establece que si el médico tratante lo requiere podrá solicitar el concurso de una junta médica, los integrantes de la misma deberán ser escogidos en un acuerdo entre el enfermo, su familia y el médico tratante, se debe garantizar al enfermo la posibilidad de escoger el especialista o cirujano de confianza. La frecuencia de sesiones de las juntas médicas está supeditada a la gravedad de la enfermedad, de aclaración del diagnóstico, y la necesidad de información por parte del paciente y su familia.

13. RÉGIMEN DISCIPLINARIO Y SANCIONATORIO

La Corte Constitucional en la Sentencia C313/14 caracteriza el derecho fundamental a la salud como autónomo e irrenunciable, tanto en lo individual como en lo colectivo, y comprende los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Señala que el Estado tiene el deber de adoptar políticas que aseguren la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. Y advierte que la prestación de este servicio público esencial obligatorio se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado[16].

La violación permanente del derecho a la salud en Colombia, evidente con el incesante uso del poder judicial,[17] para buscar que se tutele el goce efectivo del mismo, hace necesario que se incluyan medidas de control que reduzcan, combatan y mitiguen todas aquellas prácticas que pongan en riesgo el derecho a la salud de los colombianos en los términos que señala la Corte.

La vulneración de dicho derecho fundamental se ha venido reflejando en una deficiente prestación de los servicios tanto de promoción de la salud, como de prevención y atención de las enfermedades a través de prácticas tales como las negaciones, el incumplimiento de fallos judiciales, el retraso u obstaculización de los servicios que comprenden el citado derecho fundamental.

En consecuencia, estas medidas de control se hacen necesarias toda vez que el Estado debe garantizar el goce efectivo del derecho a la salud a aquellos sujetos de especial protección como lo son niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad.

Las citadas conductas y todas aquellas que pongan en riesgo el derecho a la salud, deben estar sujetas tanto al régimen disciplinario y sancionatorio, así como al derecho penal, toda vez se afecta un derecho fundamental de especial protección por parte del Estado. De igual

manera debe darse traslado de dichas faltas a la Contraloría General de la República y a los Tribunales de Ética del Talento Humano en Salud.[18]

La sentencia C-313/14 señala frente a la aceptabilidad del servicio de salud:

Este enunciado consagra el derecho a recibir un trato digno que respete las creencias y costumbres, así como las opiniones sobre los procedimientos. Para la Sala, dicho derecho se aviene con el contenido fijado a la aceptabilidad en la observación 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. También resulta congruente con lo preceptuado en el numeral 1.5 y 5.1 de la Declaración para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa, y con lo establecido en el principio 10 literal a) y el principio 11 de la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente. Para la Corte, este deber compromete no solo a los médicos, sino a todos los profesionales de la salud (enfermeras, auxiliares) y, en general, a aquellos que interactúen con los pacientes, cual es el caso de los funcionarios administrativos y el personal de seguridad, a cuyo cargo está alguna actividad de atención al paciente, quien finalmente es el afectado por los factores varias veces mencionados, como lo son el mismo padecimiento, la falta de información y la circunstancia dependencia respecto de aquel que debe suministrarle el servicio. Ninguna duda cabe que este derecho requiere para su mejor fortuna de campañas de formación y sensibilización dirigidas a los arriba mencionados, con el acompañamiento de los medidas de rigor frente al quebrantamiento del derecho.

Así las cosas, es importante resaltar que la Corte señala como responsables de la garantía del derecho no solamente al personal médico sino a todos aquellos que interactúan con el paciente, es por esto, que se ha considerado introducir adiciones al Régimen Disciplinario Único

El proyecto de ley de Reforma al Sistema de Salud adiciona al Código Disciplinario algunos incisos al capítulo correspondiente al régimen de los particulares en los artículos que se

refieren a normas aplicables y sujetos disciplinables y las inhabilidades, incompatibilidades y conflicto de intereses.

Así mismo adiciona tres tipos penales referentes a delitos contra la Salud: a) La omisión o denegación de urgencias en Salud, b) La negativa, retraso u obstaculización de acceso a servicios de salud y finalmente señala las c) Circunstancias de agravación punitiva, cuando la conducta se cometa en sujetos de especial protección como son: *i.* niños, niñas y adolescentes[19], mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad; *ii.* por los directivos de las instituciones prestadoras de servicios y en los casos en que el empleado actúa siguiendo instrucciones explícitas o implícitas de su superior; *iii.* el desconocimiento de fallos de tutela proferidos en la materia, y especialmente de sentencias de unificación; *iv.* El cobro por los servicios, o valores que no corresponden a las tarifas autorizadas o cobrar por servicios que deben ser gratuitos; *v.* exposición a la persona a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, o que le causen o le hagan soportar un sufrimiento evitable y *vi.* el sometimiento a la persona a cargas administrativas o burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio.

Se resalta además la importancia de los Tribunales de Ética, como parte esencial del régimen sancionatorio y disciplinario del sistema de salud, lo cual garantiza la calidad de la atención por parte del Talento humano en salud.

En la reforma que se propone, las citadas conductas y todas aquellas que pongan en riesgo el derecho a la salud, deben estar sujetas tanto al régimen disciplinario y sancionatorio, como al derecho penal, toda vez se afecta un derecho fundamental de especial protección por parte del Estado. De igual manera debe darse traslado de dichas faltas a la Contraloría General de la República, Procuraduría General, la Fiscalía General de la Nación y a los Tribunales de Ética del Talento Humano en Salud.

REFERENCIAS.

- https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/Informe3-MEONS-Definitivo.pdf
- https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asiscolombia-2016.pdf). http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf).
- Documento ASIS Colombia 2.016 de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud
- Documento ASIS Colombia 2.020 de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud
- El espectador, https://www.elespectador.com/opinion/columnistas/cecilia-orozco-tascon/la-cirugia-cosmetica-del-gobierno/
- Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Tercer Informe ONS: Mortalidad Evitable en Colombia para 1998-2011.
- Martínez Félix. “Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el distrito capital” Capítulo V, en Restrepo D. y Hernández M. (E) Inequidad en salud en Bogotá: convocatoria para la acción colectiva. Colección La seguridad social en la encrucijada. Tomo VII. Secretaría Distrital de Salud. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia, Oficina de Comunicaciones CID, Bogotá. 2012.
- Muestra: http://www.eltiempo.com/vida/salud/entrega-de-medicamentos-a-traves-de-mipres-encolombia-100974
- Ministerio de Salud y Protección Socia, Modelo de Atención Integral en Salud MIAS, 2016 Ocampo José Antonio: “Distribución del ingreso, pobreza y gasto social en América Latina”. Revista de la CEPAL 65. Agosto de 1998. Polanyi Karl 1944. La gran transformación. Los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo”.
- Fondo de Cultura Económica, México Segunda Edición 2003. Joseph E. Stiglitz, “Caída Libre:

El libre mercado y el hundimiento de la economía mundial", Editorial Taurus, Madrid 2010.
[1] Equipo de construcción de la propuesta; Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, Por una Reforma Estructural del Sistema de Salud: Pedro Santana Rodríguez (Director de la Revista Sur), Luz Marina Umbasía, Néstor Álvarez (Director de organización Pacientes Alto Costo), Sergio Isaza Villa (Presidente de la Federación Médica Colombiana-FMC), Francisco Rossi (Ex director de Ifarma), German Hernández (Presidente de Sintrahosmic), Abdiel Mateus Herrera (Pasante de posgrado de Derecho), Carolina Corcho Mejía (Presidente de Corporación Sur, Vicepresidente de FMC).

Con el apoyo técnico de: Félix Martinez, Oscar Andia, Luis Alberto Martínez y Ulahy Beltrán.

Edición General: Carolina Corcho Mejía

El decálogo contó con la discusión y los aportes de: Federación Médica Colombiana FMC, la Asociación Médica Estudiantil ACOME, la Asociación Médica Sindical (Asmedas Nacional), Asociación Nacional de Internos y Residentes ANIR, Asociación Médica de Antioquia (Asmedas Antioquia) y Médicos Unidos de Colombia MUC.

A la memoria de Nelson Contreras Caballero y José Félix Patiño Restrepo, Odontólogo, Médico y Salubristas destacados que aportaron en la construcción y discusión de esta propuesta.

[2] The Lancet, The Lancet COVID-19 Commissioners, Task Force Chairs, and Commission Secretariat, VOLUME 396, ISSUE 10257, P1102-1124, OCTOBER 10, 2020 Lancet COVID-19 Commission Statement on the occasion of the 75th session of the UN General Assembly – The Lancet, visitado el 24 de mayo de 2021.

[3] Rachel Chang, Jinshan Hong y Kevin Varley. 24 de noviembre de 2020. Los mejores y peores lugares para estar en la era del covid, Portal BLOOMBERG, (https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-11-24/los-mejores-y-peores-lugares-para-estar-en-la-era-del-covid-khwlaifq).

[4] INSTITUTO LOWY, 13 de marzo de 2021, Índice de rendimiento de Covid.

DECONSTRUYENDO LAS RESPUESTAS A UNA PANDEMIA (https://interactives.lowyinstitute.org/features/covid-performance/)

[5] Portal desarrollado por la Universidad de Oxford, Explorador de datos COVID-19,Coronavirus (COVID-19) Vaccinations – Statistics and Research – Our World in Data (https://ourworldindata.org/covid-vaccinations)

[6] Mariño N y Hernández L. (8 de julio de 2021) En Colombia alcanzamos el ritmo requerido de vacunación. ¿Cómo mantenerlo? | EL ESPECTADOR (https://www.elespectador.com/salud/en-colombia-alcanzamos-el-ritmo-requerido-de-vacunacion-como-mantenerlo/)

[7] Defensoría del Pueblo. Julio 24, 2020, Más de 620.000 tutelas se instauraron en 2019 para proteger derechos fundamentales.(https://www.defensoria.gov.co/es/nube/comunicados/9441/M%C3%A1s-de-620000-tutelas-se-instauraron-en-2019-para-proteger-derechos-fundamentales-derechos-salud-Defensor%C3%ADa-tutelas.htm)

[8] Margarita Coneo Rincón, miércoles, 28 de agosto de 2019, La República, (https://www.larepublica.co/especiales/especial-salud-agosto-2019/quejas-peticiones-y-reclamos-ante-la-supersalud-aumentaron-245-a-junio-de-2019-2901697)

[9] Informe de la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T 760 Por Una Reforma Estructural al Sistema de Salud, agosto de 2016, elaborado por Carlos Lerma Carrillo, a partir de la solicitud elevada por la Corte Constitucional al ejecutivo nacional para que estableciera un sistema de información que dé cuenta del cumplimiento de las ordenes, algunas de las que merecen especial atención que se han incumplido son: "*Orden 16: Superación de fallas de regulación. Incumplida, no han superado fallas de regulación. Orden 17: Actualización integral del POS. Incumplida. Orden 18: Periodicidad en la actualización del POS. Se realizó actualización integral en el 2013 por medio de la resolución 5521, en el 2014 se realizó un*

ajuste mediante resolución 5926 de 2014 y en diciembre de 2015 se actualizó mediante resolución 5592. Orden 19: Informe de Negación de Servicios de Salud. Incumplida. Orden 20: Ranking de las EPS e IPS. Incumplida. Orden 21: Unificación de planes de beneficios para niños y niñas. Incumplida. Orden 22: Unificación gradual y sostenible de los planes de beneficio. Incumplimiento. Orden 24: Sostenibilidad Financiera y Flujo de recursos. Incumplida. Orden 25 Flexibilización de requisitos aplicables a los recobros glosados. No se cuenta con información necesaria para hacer la valoración. Orden 26 Tramite pago de los recobros atrasados a 30 de septiembre de 2008. Cumplido por lo que cesa el seguimiento de esta orden. Orden 27 rediseño del sistema de recobros. Incumplimiento. Orden 29 Cobertura Universal sostenible. Incumplimiento con las consideraciones que la universalización no puede entenderse solo como carnetización o como destinación de recursos para ampliar la afiliación, ello es importante pero la realización de la universalización implica el acceso real a los servicios y tecnologías de salud, y el mejoramiento de los factores que inciden negativamente en los determinantes de la salud. Orden 30 Medición de acciones de tutela. Incumplimiento. Orden 32 Divulgación de la sentencia. No existe suficiente información que le permita valorar al momento actual el cumplimiento de esta orden.16 de la negación de servicios de salud, para hacer la trazabilidad de los mismos y compulsar copias a los órganos de control".

[10] *Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE,* Discapacidad (dane.gov.co) (https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/discapacidad)

[11] Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá D.C., enero de 2016, Política de Atención Integral en Salud "*Un sistema de salud al servicio de la gente*", pág. 13: Cifras del Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) (MSPS, 2016): "*12% menor percepción de buena salud (Índice Normalizado de Inequidad Horizontal de 0.04); 4% de menor percepción de prevalencia de enfermedad crónica (IIH: 0.13); 11% de menor uso de condón en la primera relación sexual (IIH:-0.27) 6% mayor prevalencia de baja talla (IIH: – 0.19); 9% menor acceso a tratamiento para la diarrea (IIH: -0.11); 12% menor cobertura de cuatro controles prenatales (IIH:-0.28); 11% menor cobertura de parto institucional (IIH:-0.49); 10% menor*

acceso a servicios preventivos (IIH:-0.16); 12% menor acceso a servicios odontológicos (IIH:-0.25); 7% menor uso de servicios ambulatorios en caso de problema manifiesto de salud (IIH:- 0.36); 4 días de diferencia en la oportunidad de acceso médicos especialistas (IIH: -0.003)".

[12] Supersalud – Superintendencia Nacional de Salud, Marzo 2021. Informe de evaluación del cumplimiento de los indicadores de capital mínimo y patrimonio adecuado marzo 2021 (https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionRiesgos/EstadisticasEPSRegimenContributivo/INFORME%20DE%20EVALUACI%C3%93N%20DE%20LOS%20INDICADORES%20DE%20CM%20Y%20PA%20-%20MARZO%20DE%202021%20Rev%20MAGC.pdf)

[13] Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía (2016) Análisis de situación de Salud (ASIS) COLOMBIA, 2016. pág. 134: "*Para 2014, en Colombia había 48.572 instituciones habilitadas para la prestación de servicios (IPS) de salud. El 97,45% (47.335) tenía carácter privado, el 2,48% (1.204) público y el 0,07% (33) mixto. Las IPS están concentradas en Bogotá y en los departamentos más grandes y con mayor estándar de desarrollo. El 26,96% (13.097) de las IPS se hallaba en Bogotá; el 14,39% (6.988), en Antioquia; el 11,03% (5.356), en el Valle del Cauca, y el 4,53% (2.200), en Santander. De este modo, el 57% de las instituciones habilitadas del país se ubicaba en los lugares mencionados*".

[15] Luis Jorge Garay S. & Jorge Enrique Espitia Z, 22 marzo, 2021, Revista Sur, La crisis económica y social en Colombia a propósito de la pandemia del covid-19, (https://www.sur.org.co/la-crisis-economica-y-social-en-colombia-a-proposito-de-la-pandemia-del-covid-19/)

[16] Sentencia C-313 del veintinueve (29) de mayo de dos mil catorce. Magistrado Ponente Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, por medio de la cual se realizó el control de constitucionalidad de los proyectos de ley estatutaria en salud. (https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-313-14.htm)

[17] Defensoría del Pueblo. 2016, Cada 3.5 minutos se presenta una tutela por la salud. Ver en: Redacción El Tiempo. 25 de diciembre de 2016, EL TIEMPO: (https://www.defensoria.gov.co/es/nube/enlosmedios/5911/Cada-35-minutos-se-presenta-una-tutela-por-la-salud.htm)

[18] Sentencia C 313/14. Numeral *5.2.5.3.4. Literal d)*: "*En lo concerniente al literal d) del artículo en revisión, advierte la Sala que no cabe reparo a la adopción de mecanismos que conduzcan a evitar la violación del derecho y comporten la imposición de sanciones por tal transgresión. Las vías que conduzcan al goce efectivo del derecho e, impongan castigos a quienes en contravía del ordenamiento constitucional vulneren el derecho fundamental a la salud, se entienden como una expresión al servicio del titular del derecho frente al actor que desatendiendo el ordenamiento jurídico niega, obstaculiza, dilata o presta deficientemente el servicio. Resalta la Sala Plena, como importante en la disposición revisada, la obligación de establecer las condignas sanciones por el quebrantamiento del derecho, pues, estima la Corte que se trata de modos de asegurar el derecho, cual es la filosofía que inspira la regulación mirada en su conjunto".*

[19] Sentencia C 313/14. Interés superior del menor-Características "*El interés superior del menor, se caracteriza por ser: (1) real, en cuanto se relaciona con las particulares necesidades del menor y con sus especiales aptitudes físicas y sicológicas; (2) independiente del criterio arbitrario de los demás y, por tanto, su existencia y protección no dependen de la voluntad o capricho de los padres, en tanto se trata de intereses jurídicamente autónomos; (3) un concepto relacional, pues la garantía de su protección se predica frente a la existencia de intereses en conflicto cuyo ejercicio de ponderación debe ser guiado por la protección de los derechos del menor; (4) la garantía de un interés jurídico supremo consistente en el desarrollo integral y sano de la personalidad del menor".*