

PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA PARA LA REFORMA AL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA



**PRESENTADA POR LA SOCIEDAD CIVIL Y
DIRIGIDA A LOS CANDIDATOS A LA
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA**

Índice

DECÁLOGO: POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD	3
(RESUMEN EJECUTIVO).....	4
BASES PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD- LEY ESTATORIA 1751 2015	5
BASES PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD- LEY ESTATUTARIA 1751 2015	10
FIRMAS	49

DECÁLOGO: POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD

La Gran Junta Médica Nacional presenta un decálogo con las propuestas para dar un vuelco al sistema de salud y solucionar una de las mayores preocupaciones de los colombianos, en obediencia a la implementación de la Ley Estatutaria de salud. El SGSSS nació mal y mantiene un grave defecto estructural, la intermediación financiera, que ha llevado la salud a la más profunda crisis en la historia de Colombia.

1. Cumplir y hacer cumplir la Ley Estatutaria que reconoce la salud como un derecho fundamental, lo cual implica separar el negocio de la salud de la atención integral, desmontando el fallido modelo de intermediación financiera creado por la Ley 100 de 1993 mediante la normatividad pertinente, revocando todo lo que le sea contrario.
2. Devolver al Estado la rectoría, dirección y coordinación de la política de salud, con una alta participación de la sociedad civil.
3. Garantizar atención integral a toda la población residente en el país bajo el principio de equidad, para lo cual se debe organizar bajo criterio epidemiológico el territorio nacional en regiones saludables y restablecer los mecanismos de referencia y contrarreferencia por las instituciones prestadoras de servicios de carácter público, privado o mixto, dando funciones de dirección y coordinación a los entes territoriales, dotándolas de personal de verdad representativo de la comunidad en sus órganos de dirección y de control.
4. Impulsar el fortalecimiento prioritario de la red pública de servicios de salud, con énfasis en los hospitales universitarios y docentes como centros y ejes del sistema de referencia y contrarreferencia.
5. Fortalecer el Fondo Financiero Único, con la responsabilidad del recaudo de todos los dineros destinados a la salud, así como del pago de los gastos que demande el goce efectivo del derecho a la salud. Esto debe garantizar la financiación de los servicios de salud y de los hospitales públicos, incluyendo sus pasivos y la actualización de sus tecnologías e innovaciones y su normal funcionamiento, independiente de la venta de servicios, con subsidio a la oferta en las regiones apartadas y económicamente deprimidas del país.
6. Modificar la estructura de las juntas directivas de los hospitales públicos dando mayoría a verdaderos representantes de la comunidad con el fin de que dejen de ser el botín politiquero que, en forma inaceptable, hoy son.
7. Promover la construcción de una clara y decidida política pública de desarrollo y fortalecimiento del talento humano para la salud, que incluya un cambio estructural en la formación, priorizando el desarrollo intelectual, ético y cultural como fundamento de la educación profesional, complementado en las residencias clínicas, con la garantía del reconocimiento de la dignidad, estabilidad de los trabajadores de la salud, incluyendo a los internos y residentes en condiciones laborales justas dignas y socialmente equitativas, lo que se logrará integralmente con las organizaciones gremiales.

8. Generar los mecanismos para que los entes de vigilancia y control público puedan sancionar y suspender a las entidades públicas y privadas que no cumplan con su función. Para ello aparece indispensable que la Superintendencia Nacional de Salud sea un organismo independiente del Ministerio de Salud, como lo son las demás superintendencias.
9. Implementar una fuerte y decidida política pública para el control del precio de los medicamentos.
10. Implementar un sistema integral de información electrónica en las entidades de salud con disponibilidad y acceso por parte de las personas autorizadas, pero siempre garantizando la confidencialidad de la información.

(RESUMEN EJECUTIVO)

BASES PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD- LEY ESTATORIA 1751 2015

PROPUESTA DE POLITICA PUBLICA DE SALUD PARA CANDIDATOS A LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

Las recurrentes negaciones de servicios de salud, el “paseo de la muerte”, las fallas en el cuidado de la salud, la baja calidad y eficacia de la atención en salud, la apelación constante a la tutela y al desacato para acceder a servicios básicos, las denuncias de carteles y hechos de corrupción en todos los niveles de la administración y prestación de servicios, sin que exista una solución por parte de las autoridades, hacen que en el último año, la salud haya estado entre los primeros lugares de la preocupación de los colombianos en las encuestas de opinión pública.

Por tal razón, las organizaciones de la sociedad civil presentan a la opinión pública, a los partidos políticos y candidatos presidenciales esta descripción de la situación de la salud del país y los elementos de propuesta para superar la crisis y garantizar el derecho fundamental a la salud.

Antecedentes Históricos

El Modelo de aseguramiento comercial instaurado por la ley 100 de 1993, tuvo como características centrales, la entrega de la administración, gestión del riesgo en salud y financiero del Sistema de Salud a las Intermediarias EPS y la planificación de los servicios de salud al mercado, lo que motiva el cierre de servicios no rentables financieramente, como los de atención materno-infantil, y la multiplicación de otros que generan rentabilidad, como ayudas diagnósticas, UCIs, provocando un déficit de atención en salud.

La estrategia de privatización y la débil capacidad regulatoria, durante el proceso de implementación del modelo de aseguramiento, conllevó a una suigéneris privatización de los servicios de salud a conveniencia de las EPS, plenas de poder económico, que 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.

En el desarrollo del modelo de aseguramiento, y a pesar de jurisprudencia, no hubo claridad sobre: la destinación de recursos públicos de la salud; si los recursos públicos que ingresaban a las EPS hacían parte del patrimonio de estas o no; si este tipo de aseguradoras, operarían en el marco normativo del aseguramiento comercial o la seguridad social. Esto se tradujo en el desvío de recursos públicos, por ejemplo, por parte de Saludcoop EPS, con fines distintos a la destinación específica de la salud.

La ausencia de rectoría, el aumento de la negación de servicios de salud por parte de las EPS, con el fin de contener costos y apropiarse de los recursos ilícitamente, sumado a la negativa de gobiernos sucesivos a cumplir el mandato de un Plan de Salud igual para todos los colombianos, derivó en que la Corte Constitucional emitiera la Sentencia T-760 de Reforma Estructural del Sistema de Salud en el año 2008, que ratifica el derecho a la salud como fundamental y autónomo, de acuerdo al sistema de las Naciones Unidas en especial la Observación General 14.

Posteriormente, la ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, declaró la salud como un Derecho Fundamental Autónomo y se esperaba que originara una ruptura del modelo de aseguramiento instaurado por la ley 100 de 1993 pero no lo ha logrado aún, pues grandes poderes se oponen a las reformas que el pueblo colombiano demanda, en desarrollo del Estado social, democrático y de derecho, y han logrado silenciar diversas propuestas argumentadas desde la sociedad civil.

El diagnóstico del sistema de aseguramiento instaurado por la ley 100 de 1993, arroja que existen serias limitaciones en acceso efectivo a los servicios de salud, incluso de las poblaciones de especial protección; debilitamiento de la red de hospitales públicos, creación de la tendencia a estimular la atención especializada en el alto nivel de complejidad, destrucción del sistema de referencia y contrarreferencia hospitalaria; profundización de las inequidades en la prestación de servicios. Todo este panorama se traduce finalmente en la vulneración al derecho a la salud de la población.

En relación con la formación del recurso humano en salud, el país ha tenido un aumento desregulado, caracterizado por la proliferación de facultades de Medicina, que en la actualidad alcanza 60, que no responden a una política de Estado de formación de talento humano en salud en función de las necesidades de la población, sino a dinámicas propias del mercado de las instituciones de educación superior.

En términos laborales el sistema de salud arrojó decenas de miles de funcionarios de sus cargos y los tercerizó o convirtió en contratistas de servicios. Los contratos de prestación de servicios para funciones misionales en el sector salud han sido claramente declarados fuera de la Ley por la Corte Constitucional, pero la situación sigue sin modificarse.

Desde la perspectiva de los indicadores de salud pública, las cifras muestran que el aseguramiento no es universal, solo alcanza el 95%. No obstante la población que accede al carnet no se le garantiza de manera efectiva, el acceso a los servicios de salud. En Bogotá por ejemplo, el promedio de días entre la primera consulta y su tratamiento es de 137 días de los cuales se pierden 90 entre el diagnóstico inicial y la confirmación del diagnóstico en el centro especializado. Los datos de la defensoría del pueblo muestran que en Colombia cada cuatro minutos se interpone una tutela demandando el derecho a la salud.

En cuanto a los resultados en salud en las zonas dispersas, donde habita la población más vulnerable, las tasas de mortalidad infantil y materna son sustantivamente superiores, sumado a la reaparición de enfermedades tropicales como paludismo, dengue, leishmaniosis y tuberculosis, situación que da cuenta del colapso de la política de salud pública. El indicador que resume esta crisis es el expresado por el Instituto Nacional de Salud, que muestra que entre 1998 y 2010 la mortalidad evitable en Colombia fue del 53%, cifra que representa casi un millón trescientos mil colombianos.

BASES PARA EL CAMBIO DEL MODELO DE SALUD

No es posible resolver el problema de salud de Colombia, si el país no se aboca a un cambio del modelo que desmonte los dos elementos estructurantes que explican la ineficacia del sistema: la intermediación financiera que supone la eliminación de las EPS y en relación con la centralización del sistema de salud en el lucro que genera la enfermedad y no en la atención primaria en salud. La eliminación de la intermediación de las EPS, es el punto de partida del cambio de modelo, y se llevará a cabo en un proceso de transición, que podría comenzar por las zonas dispersas del territorio nacional, donde este mecanismo de aseguramiento ha sido fallido.

Para avanzar en la transformación del sistema de salud colombiano hacia uno que sí garantice el goce efectivo del derecho a la salud, el cuidado integral de la población, la protección de los recursos, conforme lo define la ley estatutaria 1751 de 2015, se plantean los siguientes elementos para una reforma a la salud:

1. El Sistema de Salud debe estar fundamentado en la Atención Primaria en Salud, con una cobertura universal que incluya la población urbana y rural, con una organización basada en las redes integrales de servicios de salud, en el marco de un sistema de referencia y contrarreferencia, que garanticen la continuidad, integralidad, oportunidad y eficiencia en la atención en salud (Art. 4, Art.13, Art. 8, Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional). Orientado no solamente a la prestación de servicios, sino también al control y mejoramiento de los determinantes sociales de la salud en el marco de una política pública transectorial.
2. Recuperación de rectoría y dirección por parte del Estado:

Para garantizar esta rectoría y la administración del sistema de salud, se propone un ente rector Nacional conformado por el Ministerio de Salud y Protección Social y organizaciones de la sociedad civil encargados de la dirección general del sistema, y otros entes descentralizados, organizados por territorios saludables divididos conforme a las características epidemiológicas de la población colombiana. Es decir, estos territorios no corresponden a la organización político administrativa actual del país.

Tanto el ente Nacional como territorial, contará con la participación de los entes estatales 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 negocian los múltiples intereses de la sociedad. Con este diseño se evita la cooptación privada de las instituciones estatales que expresa intereses clientelares o particulares, y se supera el equívoco que introdujo la ley 100 de 1993, en donde se planteó que las instituciones privadas podrían manejar de manera más proba y transparente los recursos públicos de la salud y la gestión de la salud pública. Fórmula que no resultó ser cierta.

3. Reconocimiento de la dignidad de los trabajadores de la salud, que garantice condiciones laborales justas, dignas y estables. (Artículo18-LES), a través de un

estatuto único de personal para el sector salud que, contemple un proceso de clasificación de cargos, evaluado y actualizado permanentemente, según los requerimientos de habilitación institucional y del correspondiente servicio; con procesos de selección, incorporación y ascenso transparentes, basados en el mérito, una escala salarial básica y puntos adicionales por reconocimiento de condiciones diferenciadas de clima, calidad de vida, sitio de trabajo, y del entorno, con educación actualizada permanente, en la que participe efectivamente la sociedad civil y usuaria de los servicios.

4. Para el caso de los profesionales de la salud que cursan especialidades médico quirúrgicas, se les reconocerá como profesionales en formación, con una adecuada remuneración y exoneración de las matrículas en reconocimiento a la labor docente e investigativa que desempeñan. La Política del recurso humano en salud se desarrollará con fundamentos empíricos y estudios válidos, cimentados en las necesidades de salud de la población y con reglas claras para la convalidación de títulos extranjeros.
5. Creación de un Fondo Financiero Único, con la responsabilidad del recaudo de todos los dineros destinados a la salud, así como el pago de los gastos y recursos que demanden el goce efectivo del derecho a la salud. Además, de los organismos de control, se impulsará y promoverá la participación ciudadana que entre otras funciones cumpla con el análisis de la información contable, la cual deberá ser de conocimiento público para todas las personas jurídicas o naturales que así lo deseen. Esto evitará la intermediación financiera y es una medida anticorrupción.
6. Fortalecimiento prioritario de la red pública de servicios de salud, con énfasis en los Hospitales Universitarios como centros de referencia, de pensamiento, formación, investigación e innovación de la salud; propulsores de los sistemas de información y comunicación requeridos por las redes integrales que conforman las instituciones y demás recursos que apoyan la atención primaria en salud con diferentes niveles de complejidad.
7. Desarrollo de un sistema de información único, público, transparente, disponible en línea, que permite tener los elementos empíricos oportunos para la toma de decisiones en política pública, y que en sí mismo sea un instrumento para evitar la corrupción en el sector salud. El Sistema incluirá todos los datos necesarios para garantizar la información sobre los componentes individuales demográficos, genéticos, determinantes de la salud, los clínicos, que incluyen diagnósticos con sus ayudas y resultados, los procesos de intervención terapéutica, rehabilitadora y de paliación, con la inclusión de los administrativos y contables.

8. Garantizar la destinación específica de los recursos públicos 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”, esto supone afirmar 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.

9. Derogatoria expresa de medidas de carácter permanente adoptadas por el Plan de desarrollo relacionados con el Sector Salud, derogatoria de la ley 100/93 al igual que las que lo modificaron, así como toda la regulación orientada al aseguramiento comercial, exceptuando los relacionados con la medicina pre-pagada, al igual que los Decretos y Resoluciones sobre Afiliación, CTCs, Exclusiones y demás emanadas del Ministerio con aparentes motivaciones basadas en la ley Estatutaria pero que estén en contra del espíritu del goce efectivo al derecho a la salud establecido en el articulado de la LES.

10. En cuanto a medicamentos, tecnologías y dispositivos médicos, se trabajará positiva y efectivamente en ello, y particularmente en:
 - a) el fortalecimiento de una Política de control de precios de medicamentos en todos los niveles de la cadena,
 - b) el establecimiento de un sistema de vigilancia de la calidad de las patentes farmacéuticas y
 - c) la profundización del uso de las flexibilidades del ADPIC.
 - d) La autorregulación entre la industria y los prescriptores, mediante los mecanismos establecidos en la ley 23 de 1981 y otros.

BASES PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD- LEY ESTATUTARIA 1751 2015

PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD PARA LOS CANDIDATOS A LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

Según las encuestas de opinión, en el último año, la salud ha sido uno de los temas que genera más preocupación entre los colombianos. Las recurrentes negaciones de servicios de salud, el denominado “paseo de la muerte”, las denuncias de carteles, los hechos de corrupción en todos los niveles de la administración y prestación de servicios, las fallas en el cuidado de la salud de los colombianos, que se evidencian en el deterioro de la oportunidad, la calidad y la eficacia de la atención en salud, más la apelación constante a la tutela y al desacato para acceder a servicios básicos, que en un 70% están incluidos en el plan de beneficios, la alta insatisfacción con la calidad y cubrimiento situada en el 85% (Gallup octubre 2017) y la falta de legitimidad del sistema de salud, son realidades que están presentes en todas las familias colombianas.

No obstante, el abordaje público que se le ha dado al tema, no supera las lógicas circunstanciales, de la espectacularidad del amarillismo mediático, y los análisis meramente descriptivos de la inmediatez de los hechos de vulneración de este derecho, con poco espacios públicos para el análisis de las causas y las alternativas para solucionar este tema, no han contribuido a la solución sino que han pasado a ser parte de una crisis duradera para el Estado y la sociedad colombiana.

Es por esta razón que las distintas organizaciones de la sociedad civil que acompañan la construcción de este documento, presentamos ante la opinión pública, a los diferentes partidos políticos y candidatos presidenciales este escrito que hace una descripción de la situación de la salud en el país, se presenta un análisis de las medidas de política pública adoptadas por el actual Gobierno Nacional y, por último, se exponen las propuestas para superar la crisis de la salud y garantizarla como un derecho fundamental.

Antecedentes Históricos

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 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 incorporaron 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 se ha basado durante todo el funcionamiento del Sistema, en la información presentada a su acomodo por las EPS.

En el desarrollo del modelo de aseguramiento, y a pesar 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. 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. 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 transnacionales 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 desfaldo al Fosyga 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 termina 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 (2015), se reportan 118.281 tutelas, una tutela cada 4 minutos, que representa el 23.7% del total de las acciones jurídicas interpuestas, el 70% corresponde a solicitudes de tecnologías y tratamientos que debían ser garantizadas por el Plan Obligatorio de Salud. Durante el 2015 las EPS reportaron 311.231 negaciones de servicios de salud: 248.959 en el régimen contributivo y 62.272 en el subsidiado (Defensoría del Pueblo, 2015).

Esas cifras y la negativa de gobiernos sucesivos para cumplir el mandato de un Plan de Salud igual para todos los colombianos, 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 T-760 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 órdenes¹. Algunas de las que merecen especial atención se han incumplido. La Corte solicitó al ejecutivo que estableciera un sistema de información que dé cuenta de la negación de servicios de salud, para hacer la trazabilidad de los mismos y compulsar copias a los órganos de control. Esta solicitud, ocho años después no ha sido respondida, desde la última audiencia citada por la Corte Constitucional hace un año, por lo que no se tiene un sistema de información cierto que determine la eficacia de la política pública de salud, solo se cuenta con los informes de las tutelas de la Defensoría del Pueblo, que no ha emitido el informe correspondiente al año 2015.

Como un hecho posterior, ante la crisis permanente del sistema de salud, la sociedad civil presentó una iniciativa de ley estatutaria, que da origen a la ley 1751 de 2015. La Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional reconoce en el orden legislativo la fundamentalidad del derecho y procura 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.

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

¹ Informe de la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T 760 Por Una Reforma Estructural al Sistema de Salud a agosto de 2016, elaborado por Carlos Lerma Carrillo. 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.

prestacional, por lo 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 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, hecho que no se ha logrado aún, 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 el documento de política pública del Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS-PAIS) del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS, 2016), en donde el régimen subsidiado cubre el 48% de la población; el contributivo, el 43.6% y 5% está en regímenes especiales y de excepción (Fuerzas Militares, Policía Nacional, el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, Ecopetrol y las Universidades Públicas u Oficiales que se acogieron a la Ley 647 de 2001) (DSUA, 2015). Conforme a estas cifras existe un 4% de la población sin cobertura, a lo que se suma que el aseguramiento del 96% restante no necesariamente garantiza que exista acceso efectivo a la prestación de servicios. 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, por otra parte, los cierres permanentes de servicios por problemas de contratación, financiación y pagos a las IPS, 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. La Encuesta de Calidad de Vida de 2011 demostró que el segundo aspecto que más influye en la calidad del servicio que reciben los usuarios desde sus respectivas EPS está en los trámites excesivos y dispendiosos.

En el caso de la población con condición de discapacidad en Colombia, de acuerdo con los datos del DANE, la prevalencia intermedia de discapacidad es del 6,3%. Un total de 1.296.870 personas registradas entre 2002 y diciembre de 2016. Del total de personas registradas con discapacidad, solamente el 85,47% (1.108.498) se encuentra afiliado al SGSSS. Del 95,64% (1.240.342) de los registrados que respondieron la pregunta sobre ser beneficiarios de programas, solo el 9,45% declaró recibirlos.

De otro lado, la cobertura en afiliación al sistema difiere de un departamento a otro, conforme a su desarrollo económico o si la mayoría de su población pertenece al régimen contributivo o subsidiado.

Según la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) dispuestos en el cubo BDUa del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO), para noviembre de 2014 la cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Colombia fue de 91,55% (43.636.178): el 46,97% (22.385.208) mujeres y el 44,59% (21.250.970) hombres. Entre 2009 y 2014 el porcentaje de afiliados al régimen subsidiado se mantuvo por encima del porcentaje de afiliados al régimen contributivo; para noviembre de 2014 la cobertura fue de 47,68% (22.726.138 personas) y de 43,87% (20.910.040 personas) respectivamente. Es de anotar que estas cifras difieren con las presentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en el documento de Política Pública MIAS-PAIS.

La mayoría de los departamentos cuenta con coberturas superiores al 85%; en Cesar, Córdoba, Risaralda, el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Cauca, Bolívar, Vichada y Sucre, las coberturas están entre 66,47% y 84,91%. En la mayoría de los departamentos, el mayor porcentaje de afiliados pertenece al régimen subsidiado; en Bogotá, Antioquia, Santander, Risaralda y Valle del Cauca, los afiliados al régimen contributivo superan el 50%, mientras que en Nariño, Caquetá, Putumayo, Guaviare, Guainía, Chocó, Vichada y Vaupés, menos del 15% de los afiliados pertenece a este régimen.

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 recientemente 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. 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 en 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.

Así pues, es una falacia asegurar que el sistema de salud cubre a toda la población colombiana, pues no garantiza el acceso real 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.

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

² 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). Lo anterior contrasta con una reducida diferencia de 2% en cobertura de afiliación a la seguridad social (IIH: 0.2).

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). 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 resolutivez 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.

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). A esto se suma que la ineficiencia del sistema lleva a la re consulta 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).

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 (ASIS, 2016)³.

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

³ De acuerdo con los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud expuestos en la Resolución 2003 de 2014, a diciembre 23 de 2014 había 245.307 servicios habilitados, la mayoría eran de odontología general (18.521), medicina general (13.451) y de esterilización (8.160), mientras que en el otro extremo solo había un servicio habilitado de patología oncológica y otro de trasplante de médula ósea o de células madre. A continuación se presenta el número de servicios habilitados según especialidad a 23 de diciembre de 2014".

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 desprenderse de la obligación de 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 resolutive 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)

La intervención en salud pública

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 poblacionales, 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 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 la 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 la 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. Estas instituciones de educación superior se rigen por las dinámicas propias del mercado.

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 intenta subsanar mediante el trámite de un proyecto de ley que cursa en este momento en el Senado de la República, y que enfrenta poderosos obstáculos por parte de un sector de la Educación Superior, que insiste en lucrarse de la educación médica.

La tasa de médicos por 1.000 habitantes pasó de 1.2 a 1.8 entre 2000 y 2014, mientras que la de enfermeras cambió de 5 a 10 (MSPS,2016). 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 informe⁴ 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, 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 resolutoria 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,

⁴ <https://eldiariodesalud.com/internacional/ranking-de-la-ocde-ubica-colombia-en-los-ultimos-puestos-en-numero-de-medicos-y>

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 resolutoria 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. Los contratos de prestación de servicios para funciones misionales en el sector salud han sido claramente declarados fuera de la ley por la Corte Constitucional, pero la situación sigue igual.

Así, la gestión del recurso humano se han 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 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 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.

Situación financiera del Sistema de Salud

Colombia tiene un gasto en salud en porcentaje del PIB de 6,81%, que se encuentra entre los más bajos de la región, solo supera a Bolivia, Perú y Venezuela (Banco Mundial, 2013). De igual manera, presenta los más bajos gastos de bolsillo de la región, llegando al 16.3% en 2014. El presupuesto anual de salud de la ADRES supera los 41 billones de pesos (41.126.219) (MSPS, 2017).

Del total de los recursos en 2016, 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). El Gobierno Nacional reconoce una crisis financiera del sistema de salud con un déficit total de 7,5 billones de pesos. Entre las causas de la crisis financiera admite la corrupción, las fallas de regulación y la incorporación desordenada de nuevos medicamentos.

Al respecto, la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales en su informe de cartera con corte a junio de 2016 manifiesta que solo para las 145 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que reportan, esta asciende a 6.5 billones de pesos. En el informe del gremio que representa a los hospitales públicos del país (ACESI) con corte a junio de 2017 reporta una cartera para los hospitales públicos de 7,5 billones, un billón de pesos más que en junio de 2016, es decir, un incremento del 15%.

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, 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, a pesar de los esfuerzos recientes del Gobierno Nacional por fortalecer el papel hegemónico de las intermediarias financieras (EPS) en el sistema de salud mediante los decretos 2702 de 2014, 2117 de 2016 y 718 de 2017, en donde se flexibilizan las condiciones de habilitación para su funcionamiento y se les permite llevar a cabo procesos de reorganización institucional, 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.

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, 2016) muestran que la mortalidad general pasó del 7,4 por 1.000 en los años 90 a 4.44 en el 2014⁵, aunque de dicha reducción también son responsables la disminución de la pobreza y la urbanización. No obstante, 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.

Inequidad en Salud

La mortalidad infantil descendió entre 1998 y 2014 un 41.87%⁶; sin embargo, el sistema de salud reproduce la inequidad sociales, 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.

⁵ Entre 2005 y 2014 las principales causas de muerte:

- Enfermedades del sistema circulatorio, con tendencia decreciente de 166,43 a 146,96 muertes por cada 100.000 habitantes, con reducción de 9,90%, responsables del **30,08%** (595.289) de las defunciones y el 16,30% (7.829.481) de todos los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP).
- El grupo de las demás causas: diabetes mellitus (E10-E14), las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales (E40-E64, D50-D53), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47), la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (K70, K73, K74, K76), entre otras 12, y produjo el **24,37%** (482.166) de las muertes y el 20,52% (9.858.173) del total de AVPP con tasa de 124,98 a 119,13 muertes por cada 100.000 personas y una reducción total del 4,68%.
- Las **neoplasias** aportaron un **17,99%** (355.966) de las muertes y el 14,81% (7.115.824) de los AVPP.
- Sigue las **causas externas** con un **16,43%** (325.040) fueron la primera causa de deceso y generaron el mayor número de AVPP: en el periodo 2005-2013 aportaron el 30,16% (14.488.621) de todos los AVPP, a pesar de la reducción del 30,65% en las tasas ajustadas de AVPP, para 2014 se produjeron 2527,50 AVPP por cada 100.000 habitantes.
- Las **transmisibles**, responsables del **6,78%** (134.148) de las muertes, mostraron la mayor reducción en AVPP con un 34,71% pasando de una tasa ajustada por edad de 1.099,78 a 718,06.
- Las afecciones del **periodo perinatal** produjeron el **2,37%** (46.901) de los decesos y el 7,90% (3.795.557) de los AVPP

⁶ En los últimos 14 años las coberturas de vacunación para BCG se han estado entre **82,69%** y 96,33%; así mismo, la cobertura de la vacunación antipolio estuvo entre 73,41% y 93,80%, la de DPT osciló entre 69,34% y 93,35% y la de triple viral entre 70,43% y 95,30% 33, con importantes diferencias en los ámbitos departamental y municipal.

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. Del total de atenciones, el 61,26% se presentó al régimen contributivo y el 32,05%, al régimen subsidiado (ASIS,2016), que cuenta con un número mayor de afiliados. Lo que respalda la tesis de que la carnetización no garantiza acceso efectivo a la atención en salud de las poblaciones más pobres⁷.

La mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) es un 70% más alta en la población que pertenece al 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.

En relación con la mortalidad neonatal, se reporta en segundo lugar. Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas provocaron cerca del 23% (21.210) de las defunciones, que se traducen en aproximadamente tres muertes por cada 1.000 nacidos vivos cada año”. Esta cifra debió generar una altísima preocupación para haber investigado los factores asociados, que en principio sugieren el auge de la explotación minera en el país.

Igual que en las anteriores, la mortalidad materna representa una de las mayores muestras de disparidad en el país, compromete en mayor medida los departamentos de Chocó, Vichada, La Guajira, Córdoba, Guainía, Vaupés, Putumayo, el quintil de población más pobre, presenta las más altas tasas de mortalidad materna (ASIS, 2016). De otra parte, la dispersión poblacional se comporta como un determinante importante de la mortalidad materna; es así como el mismo informe señala que para 2014 se produjeron 54,98 más muertes por cada 100.000 nacidos vivos en el área rural dispersa, a lo que se suma que las razones de mortalidad materna más altas se encuentran en la población Rome e Indígenas

En el 2104, la mortalidad materna no fue diferente únicamente en las regiones, también se vio afectada por quintiles de riqueza. La razón de muertes maternas fue de cerca de 140

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. En el 2011, las tasas de letalidad más altas se presentaron por meningitis tuberculosa (15 muertes por cada 100 enfermos), tétanos accidental (13 muertes por cada 100 enfermos), meningitis *Streptococcus pneumoniae* (13 muertes por cada 100 enfermos) y meningitis *Neisseriameningitidis* (12 muertes por cada 100 enfermos). Para este mismo año no se presentaron muertes por leishmaniasis mucosa, leishmaniasis visceral, malaria falciparum(ninguna cepa),parotiditis, rotavirus ni fiebre tifoidea/paratifoidea, infección respiratoria aguda, sífilis congénita, tos ferina, leptospirosis, dengue clásico, dengue hemorrágico.

por 100,000 nacidos vivos en las mujeres más pobres de Colombia comparado con 30 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos dadas en entre las mujeres en el quintil de riqueza más alto (MSPS. El EEVV del DANE y ASIS 2016) 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 2015, 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.

Abordaje de los determinantes sociales de la salud ⁸

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. En ese sentido, de acuerdo con la Encuesta de Calidad de Vida para 2013, en Colombia el 88,5% de la población tiene acceso a acueducto y el 75,9% 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% .El porcentaje de población que vivía en esas condiciones varió en todos los departamentos, siendo mayor en Vichada, La Guajira y Córdoba, con 47,74%, 46,26 y 41,56%, respectivamente.

⁸ **Determinantes estructurales de las inequidades en salud :Pobreza e ingresos:** De acuerdo con los cálculos del DNP, en Colombia el 49% de los hogares son pobres multidimensionales. El IPM es 1,05 veces más alta en el área rural que en la urbana. Así mismo, según la estimación del índice de NBI del DANE, en Colombia el 27,78% de las personas viven con NBI, siendo la proporción 1,72 veces más alta en el resto (rural) que en las cabeceras municipales. Los departamentos de Chocó, Vichada, La Guajira y Córdoba tienen IPM mayores al 80%; Bogotá y el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, tienen los IPM más bajos del país: 24% y 38%, respectivamente.

La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos 2006-2007 encontró que el 59,91% (6.676.784) de los hogares ganaban menos de dos salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV) y tan solo el 3,16 más de 10.

En cuanto a la seguridad alimentaria, se estima que entre 2005 y 2014 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 601.280 recién nacidos pesaron menos de 2.499 gramos, para un promedio anual de 60.128 y una desviación estándar de 1.648 (ASIS, 2016). En 2010, 13,2 de cada 100 menores de cinco años tenían desnutrición crónica; esta condición es superior en los grupos afro, donde la prevalencia es 43% mayor que la nacional.⁹

⁹ Datos tomados del Documento del Ministerio de Salud ASIS Colombia 2.016)

En Colombia, según la ENSIN 13,2 de cada 100 menores de cinco años tenían desnutrición crónica en 2010. En Colombia, según la ENSIN 8,1 de cada 100 menores entre 5 y 12 años tenían anemia por déficit de hemoglobina en 2010, lo cual implica un descenso de 29,5 puntos porcentuales con respecto al año 2005. Así mismo, este tipo de desnutrición resulta más común en los grupos reconocidos como afro, donde la prevalencia es de 11,60 y es un 43% mayor que la nacional. Igualmente, la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en población con anemia fue del 7,40%, 1,70 veces mayor en el grupo reconocido como afro que la nacional. 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. En esta población la obesidad es un 75% mayor en mujeres que en hombres, con una diferencia absoluta de 8,6 mujeres obesas más por cada 100 personas; un 19% mayor en el área urbana que en la rural; un 11% mayor entre las personas que se autorreconocen como afro comparado con el grupo de los otros, para una diferencia absoluta de 1,8 obesos más; y finalmente, es un 26% mayor en las personas sin ningún nivel educativo con respecto a los de grado superior, para una diferencia absoluta de 3,6 personas obesas más. La obesidad es más frecuente en los adultos entre 53 y 64 años. Se observa que durante el periodo 2005- 2010 las personas entre 33 y 37 experimentaron un incremento de 3,20 puntos porcentuales siendo el grupo con más rápido crecimiento. Los jóvenes de 18 a 22 años también sufrieron un incremento de 1,80 puntos porcentuales durante el mismo lapso”.

“El consumo de sustancias en población escolar es un problema real, que viene en aumento y que en la amplia variedad de sustancias usadas se destacan no solo las drogas ilícitas sino también el alcohol y el tabaco”; la edad promedio de inicio del consumo de alcohol es de 12 años y no se encuentran diferencias por sexos. Dos de cada tres estudiantes declararon haber consumido alguna bebida alcohólica en su vida y el 40% refirió haberlo hecho durante el último mes. La prevalencia de consumo de alcohol en el último año en esta población fue de 56,71%, lo cual significa un descenso en 3,46 puntos porcentuales con respecto a los hallazgos del año 2004. No se encontraron diferencias entre hombres y mujeres, pues las prevalencias fueron de 56,67% y 56,75%, respectivamente. Así mismo, de cada 100 estudiantes, 39,26 refirieron haber consumido alcohol por primera vez durante el último año, sin grandes diferencias entre hombres y mujeres, con tasas de incidencias de 38,61% y 39,85%, respectivamente. Los departamentos con mayor consumo de alcohol de escolares son Caldas, Risaralda y Antioquia y la ciudad de Bogotá, con prevalencias entre 48,56% y 45,57%; mientras tanto, los departamentos con prevalencias más bajas son Sucre, Magdalena y La Guajira, con cifras entre 24,12% y 25,25%”.

“De acuerdo con el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, para 2013 en Colombia, el 42,07% de los encuestados declaró haber consumido tabaco en algún momento de su vida, siendo un 71% mayor la prevalencia en hombres que en mujeres, con un 53,61% y 31,18%, respectivamente. Así mismo, la prevalencia mes de consumo fue 1,54 veces mayor en hombres que en mujeres, con un 18,84% (2.131.594) y un 7,40% (887.875), respectivamente. Mientras que, por cada 100 personas, 2,84 hombres iniciaron el consumo durante el último año, solamente 1,25 mujeres lo hicieron”.

“En población general, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas exploró el uso de sustancias psicoactivas ilegales (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, heroína, morfina [sin prescripción médica], alucinógenos [LSD, hongos] y otras [por ejemplo, Ketamina, Popper, GHB]), encontró que el 12,98% de los encuestados han consumido alguna en algún momento de su vida y el 3,60% (838.991) en el último año. La prevalencia año es 3,12 veces mayor en hombres que en mujeres, alcanzando porcentajes de 5,90% (667.341) y 1,43% (171.650), respectivamente, para una razón hombre: mujer de 3,8871. La edad promedio de inicio de consumo es de 17,74, casi sin diferencia entre hombres y mujeres. El 50% de los encuestados declaró haberlo hecho antes de los 17 años y el 25% antes de los 15. El consumo es más frecuente en el grupo de personas entre 18 y 24 años, con un 8,70% (347.394), seguido del de 12 a 17 y del de 25 a 34, con un 4,78% (159.526) y un 4,31% (216.268), respectivamente”.

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.

ANÁLISIS DE LA ACTUAL POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD

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 se hizo realidad en 2015 con la sanción presidencial y el plazo para ponerla en marcha a cabalidad venció en febrero de 2017.

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.

“En el 2015, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) registró 26.985 casos de violencia intrafamiliar: 10.435 casos ocurrieron en niños, niñas y adolescentes con una tasa de 67,47 por cada 100.000 habitantes y como presuntos agresores en alrededor del 30% de los casos se documentan a los padres. Así mismo, se registraron 1.651 casos de violencia contra la población adulta mayor, con una tasa de 30,94 y como presuntos agresores se describen a los hijos en casi el 40% de los casos. En los 14.899 casos de violencia entre otros familiares, con una tasa de 54,38m el 26% de los casos se atribuyen a los hermanos y casi el 17% a los cuñados. En casi el 80% de los casos, estos actos acurren en las viviendas.

Por su parte, Amazonas tuvo la tasa más alta de violencia contra adultos mayores con un valor de 130,68 casos por cada 100.000 personas siendo 3,22 veces mayor que la nacional aunque en números absolutos se registraron cinco casos. Casanare, Arauca y Meta también tuvieron tasas significativamente mayores que la nacional con un nivel de confianza del 95%.”

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 acarrearán 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, hacen más flexibles las exigencias financieras y contables para la recuperación, les aumentan a 10 años el plazo para cumplir estas condiciones y supeditan al logro de su equilibrio financiero la garantía del derecho a la salud, solo se les pide que se limiten a hacer “Una mitigación del riesgo en salud”.¹⁰ A esto se suma la

¹⁰ Este decreto 2702 de 2014 fue modificado por el Decreto 2117 de 2016 que plantea en su articulado lo siguiente:

Artículo 4. Adicionase unos artículos a la Sección 1 del Capítulo 2, del Título 2, de la Parte 5 del Libro 2 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:

legalización que se hace, vía decreto de la integración vertical, mecanismo que había sido regulado por la ley 1438 de 2011, dado que posibilitaba que un asegurador contrate su propia red de prestadores de servicios de salud, lo que facilita la cartelización de los recursos y los sobrecostos en la contratación con clínicas de la misma organización. 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.

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

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. (Negrillas y subrayado fuera de texto)...

Plazos y tratamiento financiero especial Las EPS que acrediten las condiciones de avance podrán acceder a los siguientes plazos y tratamiento financiero especial para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia, mediante solicitud elevada a la Superintendencia Nacional de Salud: (Negrilla y subrayado fuera de texto)a. El defecto se tomará con base en la medición realizada por la Superintendencia Nacional de Salud con corte a 31 de diciembre de 2015.

b. El plazo del periodo de transición para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia, a que hace referencia el artículo 25221.12 del presente decreto podrá ser hasta de diez (10) años, contados a partir del 23 de diciembre de 2014.

*Apartes de Alerta Ciudadana instaurada ante la Corte Constitucional, en torno a decretos 2117 de 2016 y 708 de 2017 c. Los porcentajes para cubrir el defecto de capital mínimo, patrimonio adecuado e inversión de las reservas técnicas, **podrán ser ajustados por la EPS y aprobados por la Superintendencia Nacional de Salud, a partir del 23 diciembre de 2017.** En todo caso al final del quinto año deberán haber cubierto como mínimo el 50% del defecto a diciembre 31 de 2015 Y para cada uno de los siguientes años un adicional mínimo del 10% hasta cubrir el total del defecto. **Para el cumplimiento de lo establecido en el numeral 2 del artículo 25221.5 sobre acreditación de capital mínimo y en el numeral i). del literal n. del numeral 1.1. del artículo 2 5.2.21.7 del presente decreto, sobre deducciones al capital primario, las entidades de que trata el presente artículo, podrán descontar proporcionalmente las pérdidas incurridas en el ejercicio del año 2016 y siguientes de acuerdo con el momento en que se realiza la pérdida y el periodo de transición respectivo.....Artículo 2.5.2.2.1.19. Glosa definitiva. Para efectos del cálculo de las condiciones financieras y de solvencia, la glosa formulada sobre los recobros de los servicios y 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. La Superintendencia Nacional de Salud establecerá los parámetros para su determinación. (Negrilla y subrayado fuera de texto)En la misma dirección el gobierno nacional expide el decreto 718 de 2017, que dice:***

Artículo 1. Adiciónense dos párrafos 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:**

"Párrafo 1.....Párrafo 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. **Para efectos del cálculo del capital mínimo y el patrimonio adecuado podrán descontar las pérdidas que se presenten al cierre de cada vigencia y estas deberán ser cubiertas en el periodo de transición restante.** (Negrilla y subrayado fuera de texto)

La Superintendencia Nacional de Salud evaluará el cumplimiento de las condiciones financieras de permanencia y solvencia, **al cierre de cada vigencia fiscal.**

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 constituyen 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”. Esto ha permitido diseñar y conformar las llamadas Redes Integrales, 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, al que se vinculó el ex viceministro de Salud, 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 de un modelo preventivo. El Gobierno continúa 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 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. Desconoce 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 interviene 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, constriñe 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. La plataforma se convierte en una amenaza al médico, en tanto lo constituye como ordenador del gasto. 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 vulnera 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 está amparado 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 ordena a esta cartera establecer un sistema de información que dé cuenta de la negación de servicios de salud, y permita 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 70% 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. Enfatizan 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 reactiva por esta vía un listado del POS, se reserva 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.

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”.

BASES PARA EL CAMBIO DEL MODELO DE SALUD

En conexidad con lo anterior, uno de los problemas de nacimiento del SGSS que creó la ley 100 es la generación de ese “extraño mercado”, donde ni siquiera operan las mínimas condiciones de la oferta, la demanda, el precio, el valor del dinero. Esto derivó en que el Estado perdió el control de la gestión del gasto en salud, y distribución del mismo, los recursos públicos de la salud terminaron siendo objeto de renta extractivista por parte de actores particulares, situación que se ve reflejada en los inequitativos resultados en salud, la corrupción y desvío de recursos, un boomerang de corrupción facilitada por el estructura misma del sistema. Cualquier propuesta de reforma al sistema de salud o de lucha anticorrupción, que eluda el cambio de esta situación, resultará inocua, cosmética, y reeditará la crisis permanente.

Es por esto que no es posible resolver el problema de salud de Colombia, si el país no se aboca a un cambio del modelo que desmonte los dos elementos estructurales que explican la ineficacia del sistema como son: a) la intermediación financiera rentista, lo que supone la eliminación de las EPS; b) el diseño del sistema de salud enfocado en el lucro que genera la enfermedad, mas no en la atención primaria en salud, para fomentar la salud y prevenir la enfermedad. Es por ello, que la eliminación de la intermediación de las EPS, es el punto de partida del cambio de modelo, y se llevará a cabo en un proceso de transición, que comenzaría por las zonas dispersas del territorio nacional, donde este mecanismo de aseguramiento ha sido fallido.

Con el fin de avanzar en la transformación del sistema de salud colombiano hacia uno que sí garantice el goce efectivo del derecho a la salud, el cuidado integral de la población, y la protección de los recursos, conforme lo define la ley estatutaria 1751 de 2015, se proponen los siguientes elementos para una reforma a la salud:

1. El Sistema de Salud debe estar fundamentado en la Atención Primaria en Salud, con una cobertura universal que incluya la población urbana y rural, con una organización basada en las redes integrales de servicios de salud, en el marco de un sistema de referencia y contrarreferencia, que garanticen la continuidad, integralidad, oportunidad y eficiencia en la atención en salud (Art. 4, Art.13, Art. 8, Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional). Orientado no solamente a la prestación de servicios, sino también al control y mejoramiento de los determinantes sociales de la salud en el marco de una política pública transectorial.
2. Recuperación de rectoría y dirección por parte del Estado:

Para garantizar esta rectoría y la administración del sistema de salud, se propone que el ente rector Nacional esté conformado por el Ministerio de Salud y Protección Social, otros entes descentralizados y organizaciones de la sociedad civil, encargados de la dirección general del sistema. El mapa sanitario del país estaría conformado por Territorios Saludables establecidos conforme a las características epidemiológicas de cada región colombiana. Es decir, estos territorios no corresponderían a la organización político administrativa del país sino a su realidad sanitaria.

En ese sentido, cada Territorio Saludable también tendría su ente rector para lo cual contará con la participación de los entes estatales de salud, más las organizaciones de la sociedad civil presentes en el territorio. Esto redundaría 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 un Estado Social de Derecho, como lo es Colombia, según el Artículo 1 de la Constitución de 1991. Con este diseño se evita la cooptación privada de las instituciones estatales que expresa intereses clientelares o particulares, y se supera el equívoco que introdujo la ley 100 de 1993, en donde se planteó que las instituciones privadas podrían manejar de manera más proba y transparente los recursos públicos de la salud y la gestión de la salud pública. Fórmula que no resultó ser cierta. (Ver Anexo).

3. Reconocimiento de la dignidad de los trabajadores de la salud, que garantice condiciones laborales justas, dignas y estables. (Artículo 18-LES), a través de un estatuto único de personal para el sector salud, que contemple un proceso de clasificación de cargos, que sea evaluado y actualizado permanentemente, según los requerimientos de habilitación institucional y del correspondiente servicio; con procesos de selección, incorporación y ascenso transparentes, basados en el mérito; una escala salarial básica y puntos adicionales por reconocimiento de condiciones diferenciadas de clima, calidad de vida, sitio de trabajo; y del entorno, con educación actualizada permanente, en la que participe efectivamente la sociedad civil y usuaria de los servicios. En este escenario no tendría cabida la tercerización o intermediación laboral.
4. Los médicos y médicas generales que ingresen a los programas de formación como especialistas en especialidades médico quirúrgicas, serán reconocidos como tales, es decir, como profesionales médicos en formación especializada, con una adecuada remuneración y con la abolición del pago de matrícula, puesto que durante este proceso dichas personas desempeñan labores asistenciales, docentes e investigativas que redundan en beneficio de la institución de salud y de la universidad correspondiente. Colombia es el único país del mundo donde los médicos deben pagar con dinero, además de su tiempo y dedicación exclusiva, para formarse como especialistas.

La Política de talento humano en salud se desarrollará con fundamentos empíricos y estudios válidos, cimentados en las necesidades de salud de la población. Con reglas claras para la convalidación de títulos extranjeros.

5. Creación de un Fondo Financiero Único, con la responsabilidad del recaudo de todos los dineros destinados a la salud, así como el pago de los gastos y recursos que demanden el goce efectivo del derecho a la salud. Además, de los organismos de control, se impulsará y promoverá la participación ciudadana que, entre otras funciones, cumpla con el análisis de la información contable, la cual deberá ser de conocimiento público para todas las personas jurídicas o naturales que así lo deseen. Esto evitará la intermediación financiera y es una medida anticorrupción.
6. Fortalecimiento prioritario de la red pública de servicios de salud, con énfasis en los Hospitales Universitarios como centros de referencia, de pensamiento, formación, investigación e innovación de la salud de la población, propulsores de los sistemas de información y comunicación requeridos por las redes integrales que conforman las instituciones y demás recursos que apoyan la atención primaria en salud con diferentes niveles de complejidad.
7. Desarrollo de un sistema de información único, público, transparente, disponible en línea, que permita tener los elementos empíricos oportunos para la toma de decisiones en política pública, y que en sí mismo sea un instrumento para evitar la corrupción en el sector salud. El Sistema incluirá todos los datos necesarios para garantizar la información sobre los componentes individuales demográficos, genéticos, determinantes de la salud, los clínicos, que incluyen diagnósticos con sus ayudas y resultados, los procesos de intervención terapéutica, rehabilitadora y de paliación, con la inclusión de los administrativos y contables. Todo esto, garantizando el derecho fundamental constitucional a la intimidad y a la privacidad de cada persona.
8. Garantizar la destinación específica de los recursos públicos 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”; esto supone afirmar 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.
9. Derogatoria expresa de medidas de carácter permanente adoptadas por el Plan de desarrollo relacionados con el Sector Salud, derogatoria de la ley 100/93 y de sus normas modificatorias, así como toda la regulación orientada al aseguramiento comercial; y los Decretos, Resoluciones sobre Afiliación, CTCs, Exclusiones y demás emanadas del Ministerio de Salud y Protección Social con aparentes

motivaciones basadas en la ley Estatutaria pero que en realidad están en contra del goce efectivo al derecho a la salud establecido en el articulado de la LES.

10. En cuanto a medicamentos, tecnologías y dispositivos médicos, se trabajará positiva y efectivamente en ello, y particularmente en: a) el fortalecimiento de una Política de control de precios de medicamentos en todos los niveles de la cadena, b) en el establecimiento de un sistema de vigilancia de la calidad de las patentes farmacéuticas y c) en la profundización del uso de las flexibilidades del ADPIC.

El manejo de los medicamentos que se comercializan en el país se hará con base en un Formulario Nacional bajo la denominación común internacional (genérica) de los principios activos y las denominaciones comerciales correspondientes, elaborado por el Comité Nacional de Medicamentos, que es presidido por un funcionario del Ministerio de Salud y Protección Social, en el cual participarán las Facultades o los Departamentos de Química y Farmacia de las Universidades Públicas del país, con la participación de la Superintendencia Nacional de Salud a través de un Médico Farmacólogo y un Químico Farmaceuta.

Dicho manejo incluirá la promoción de la competencia de los genéricos con un debido y riguroso control a la publicidad y promoción de todos los medicamentos que sean comercializados en Colombia; se reforzará la detección, incautación y destrucción de medicamentos falsificados y de contrabando, así como la persecución, judicialización y penalización de los responsables de estos delitos.

Para garantizar la transparencia y protección de los recursos, los medicamentos de alto costo serán adquiridos por el sistema de salud a un precio fijado en subasta pública a través del Ministerio de Salud, teniendo como base referente los precios internacionales más bajos.

Los Tribunales de Ética Médica garantizarán la transparencia en las relaciones entre la industria y los prescriptores. Cualquier falta cometida en este sentido será sancionada acorde con la Ley 23 de 1981 y demás normatividad civil o penal vigente.

Bibliografía

Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Tercer Informe ONS: Moratlidad Evitable en Colombia para 1998-2011.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/Informe3-ME-ONS-Definitivo.pdf>

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>.

<http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>.

El Documento ASIS Colombia 2.016 de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud muestra:

<http://www.eltiempo.com/vida/salud/entrega-de-medicamentos-a-traves-de-mipres-en-colombia-100974>

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.

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 transformaci3n. 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*”, EditorialTaurus, Madrid 2010.

Anexo

Ministerio de Salud y Protección Social, además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, tendrá las siguientes funciones:

- a) Dirigir la ejecución, seguimiento y evaluación de la política pública para garantizar el goce efectivo del DERECHO A LA SALUD, a través de un Plan Nacional de Salud en todo el territorio nacional, en coordinación con las instancias correspondientes del ámbito territorial.
- b) Expedir las normas de obligatorio cumplimiento para la ejecución de la política de salud por parte de los agentes del Sistema de Salud y de las responsabilidades intersectoriales.
- c) Fortalecer prioritariamente los sistemas de Información, Epidemiología y Planeación, Habilitación y Garantía de la Calidad, Determinantes sociales y APS, Participación social, Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Derecho a la Salud, Sistema de Redes integrales de Salud, que forman parte del Sistema de Salud.
- d) Desarrollar el Régimen sancionatorio a los violadores al DERECHO A LA SALUD. (1 año de plazo),
- e) Proporcionar las condiciones y medios para el buen funcionamiento del Consejo Nacional de Salud.

Para cumplir con el mandato de la LES en relación con los determinantes de la Salud Arts. 9º y 20º: *“Artículo 9º. Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.*

El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.

Parágrafo. Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.”

“Artículo 20. De la política pública en salud. El Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación

intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud.

De igual manera dicha política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación.”, el Ministerio de Salud y Protección Social Conformará el Consejo Intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud, presidido por el Ministro de Salud de manera indelegable, los Ministros o Viceministros de Trabajo, Comercio Industria y Turismo, Minas y Petróleos, Desarrollo Económico, Educación, Justicia y Derecho, Defensa, Medio Ambiente y del Interior, con el fin de conformar la política pública y asignación de recursos necesarios para su implementación de los determinantes de salud, para mejorar la calidad de vida de los residentes en Colombia .

Para lograr la participación de la sociedad civil Art.12° de la LES, en el manejo y orientación del Sistema de Salud que garantice el acceso efectivo al DERECHO A LA SALUD, se conformará el Consejo Nacional de Salud con la siguiente participación: representantes de sectores responsables de los determinantes sociales de la salud, gremios profesionales de la salud, instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios, pacientes,

El Consejo Nacional de Salud, que cumplirá con las siguientes funciones:

- a) Participar en la construcción de la política pública nacional de salud, con visión de la salud como Derecho fundamental y autónomo, para ser presentada al Ministerio de Salud y Protección Social, orientada a promover la salud integral colectiva e individual y sus determinantes, buscando la participación real y efectiva de otros sectores de la administración estatal y que incidan directamente en la salud (agua, saneamiento, alimentación, vivienda, educación, ambiente, entre otros).
- b) Proponer proyectos de reglas específicas para el funcionamiento del Sistema de Salud.
- c) Proponer las reglas específicas sobre la estructura y el funcionamiento del Fondo Único Público para la Salud y de los fondos territoriales de salud y supervisar y controlar su aplicación.
- d) Proponer reglas generales de presupuesto, contratación y pago de los fondos territoriales a los prestadores de servicios de salud, públicos y privados.
- e) Velar el buen funcionamiento del Sistema de Salud para el buen uso de los recursos disponibles.
- f) Presentar informe anual ante las comisiones séptimas de Senado y Cámara de Representantes.

El Ministerio de Salud y Protección Social, para el adecuado cumplimiento de sus funciones, estará apoyado por los siguientes Establecimientos Públicos, adscritos a él:

- a) **Instituto Nacional de Salud (INS)**, tendrá la misión de garantizar la calidad de la información en salud de la población en el territorio nacional, realizar los procesos de monitoreo, investigación y evaluación del goce efectivo del DERECHO A LA SALUD, además del conocimiento integral de la situación de salud y de sus determinantes sociales de la población residente en el país, y del grado de respuesta institucional y social desarrolladas en el país, con el fin de orientar la toma de decisiones de las instancias de rectoría, dirección, administración de recursos y el acceso efectivo a la prestación de servicios del Sistema de Salud. De igual manera será responsable de garantizar directa o a través de terceros los biológicos requeridos para lograr los niveles inmunológicos que garanticen la protección para la población residente en el país.
- b) **Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)**, tendrá la misión de garantizar la pertinencia, la calidad e inocuidad de los medicamentos y alimentos que se ofrezcan en el país, a través del ejercicio de la inspección, vigilancia y control de los procesos de importación, producción, distribución y consumo, y en la realización de los estudios pertinentes para la formulación, implementación y evaluación de la política pública de medicamentos y alimentos formulada por las instancias rectora y de dirección del Sistema de Salud.
- c) **Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud (INETIS)** tendrá la misión de realizar los estudios necesarios para garantizar la pertinencia, la calidad y la inocuidad de las tecnologías duras y blandas utilizadas en el Sistema de Salud y hacer las recomendaciones del caso a las instancias correspondientes del Estado colombiano para esta materia.
- d) **Instituto Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo (INSST)**, tendrá la misión de actuar como centro de referencia nacional en temas de investigación, ciencia y tecnología en el campo de la salud y la seguridad en el trabajo, y orientar las respuestas institucionales, de formación, laborales y sociales desarrolladas en el país para el control de los eventos de salud.
- e) **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)**, tendrá la misión de contribuir al logro de las mejores condiciones de vida posibles para las familias colombianas, respetando su diversidad y su autonomía, por medio de la disposición de bienes y servicios complementarios y articulados a los sistemas encargados de la garantía de los derechos sociales, económicos y culturales para la población colombiana. Tendrá la misión esencial de prevenir la Desnutrición Infantil mediante la detección de grupos en riesgo de sufrirla para ingresarlos a un programa de alimentación preventiva de la Desnutrición Infantil en Colombia.

- f) **Instituto Nacional de Cancerología (ICN)**, tendrá la misión de prestar los servicios en materia de atención integral del cáncer que viene desarrollando, actuar como centro de referencia nacional y realizar los procesos de monitoreo, investigación y evaluación de la situación de la enfermedad, las respuestas institucionales, de formación, laborales y sociales desarrolladas en el país para el control del cáncer, con el fin de orientar la toma de decisiones de las instancias de rectoría, dirección, administración de recursos y prestación de servicios del Sistema de Salud.
- g) **Centro Dermatológico Nacional Federico Lleras Acosta**, tendrá la misión de prestar servicios especializados de dermatología, servir de referente nacional para la atención de los pacientes dermatológicos y realizar los procesos de monitoreo, investigación y evaluación de la situación de las enfermedades de la piel, las respuestas institucionales, de formación, laborales y sociales desarrolladas en el país para el control de este tipo de enfermedades, con el fin de orientar la toma de decisiones de las instancias de rectoría, dirección, administración de recursos y prestación de servicios del Sistema de Salud.
- h) **Sanatorios de Agua de Dios y de Contratación**, tendrán la misión de:
- a. Atender integralmente a los pacientes de la enfermedad de Hansen, en el marco de la política de control, prevención y atención integral de esta enfermedad que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
 - b. Investigar colaborativamente con facultades y escuelas de medicina y ciencias de la salud en el ámbito nacional e internacional acerca de la enfermedad de Hansen, regiones y grupos de población a riesgo en el territorio nacional
 - c. Mantener un censo actualizado de casos nuevos de personas con enfermedad de Hansen en las 2 localidades (Agua de Dios y Contratación). El Ministerio de Salud lo deberá mantener actualizado en todo el territorio nacional.
 - d. Diseñar y desarrollar actividades de inclusión social de las personas enfermas de lepra y con estigmas de la misma.
 - e. Diseñar y desarrollar actividades que estimulen y mantengan la memoria histórica de la Enfermedad de Hansen en Colombia y el mundo.
 - f. Tender a desaparecer como “Leprocomios” o “Sanatorios para la enfermedad de Hansen”, pues esto corresponde a un criterio anacrónico, estigmatizante y excluyente y, por lo tanto, inequitativo en un sistema de salud como el concebido en la LES.

También formará parte de la Dirección del Sistema de Salud a nivel nacional, la Superintendencia de Salud, con la misión de vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas públicas que garanticen el goce efectivo del Derecho a la salud en forma autónoma e irrenunciable, con las siguientes Funciones:

- a) Inspeccionar, vigilar y controlar el manejo financiero del Fondo Único Público para la Salud y de los fondos territoriales de seguridad social en salud
- b) Presentar al Consejo Nacional de Salud para su aprobación, la reglamentación sobre el Sistema Obligatorio de Calidad de los Servicios de Salud, con base en la experiencia nacional e internacional sobre el tema, y velar por su cumplimiento por parte de los fondos territoriales y todos los prestadores de servicios de salud, públicos y privados.
- c) Desarrollar procesos de descentralización de la inspección, vigilancia y control en los territorios de salud, definiendo las competencias de los entes territoriales en la materia y la conformación de redes de control social.
- d) Desarrollar un sistema de quejas y reclamos de fácil acceso y trámite, con cobertura nacional y manejo descentralizado, en coordinación con el sistema judicial y con capacidad sancionatoria.
- e) Rendir informe anual al Consejo Nacional de Salud en el cual se presente el análisis de los problemas y fallas detectadas en el funcionamiento del sistema en su conjunto y se propongan medidas correctivas.

Los Entes Departamentales. Los Distritos. Las Regiones de Salud, y los Municipios *continuarán con las estructuras del orden territorial correspondiente, o conformarán nuevas estructuras dentro del respectivo orden territorial como Secretarías, Departamentos o Establecimientos Públicos, para que puedan cumplir con las siguientes:*

Funciones de los territorios saludables:

- a) Recaudar los recursos de los entes territoriales involucrados en el territorio de salud correspondiente y articularlos a los transferidos por el Fondo Único Público para la Salud para constituir el Fondo Territorial de Salud correspondiente.
- b) Distribuir los recursos integrados del orden nacional y territorial, según las cuentas correspondientes del fondo territorial.
- c) Elaborar un Plan Territorial de Salud para diez (10) años, con enfoque intersectorial y participativo y revisión anual, que incluya objetivos, estrategias y metas de calidad de vida y salud de la población del territorio.
- d) Organizar el presupuesto y los mecanismos de relación y/o contratación de los prestadores de servicios de salud, públicos y privados, en el territorio de salud a su

cargo, y las formas de pago de los servicios prestados por otros prestadores externos, en caso de requerirse atenciones en lugares por fuera del territorio de salud, con criterios de calidad, integralidad y equidad en la atención.

- e) Ejercer las funciones de autoridad sanitaria territorial, tanto en salud pública como en riesgos laborales, en todos los aspectos señalados en las leyes 9ª de 1979 y 1562 de 2012.

FIRMAS

Gran Junta Médica Nacional

Roberto Baquero

Presidente del Colegio Médico Colombiano-CMC

Fernando Guzmán Mora

Presidente de la Federación Médica Colombiana-FMC

José Ricardo Navarro

Presidente de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas-ACSC

Pedro Contreras

Presidente de la Asociación Médica Sindical-ASMEDAS

Luis Carlos Leal

Presidente de la Asociación Nacional de Internos y Residentes-ANIR

Andrés Bautista Duque

Presidente de la Asociación Médica Estudiantil- ACOME

José Félix Patiño Restrepo

Ex Rector de la Universidad Nacional de Colombia-Ex Ministro de Estado

Nelson Contreras

Pedro Santana Rodríguez

Luz Marina Umbacía

Sergio Isaza

Germán Hernández

Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 por una Reforma Estructural del Sistema de Salud

Luis Alejandro Pedraza

Presidente de la Central Unitaria de Trabajadores –CUT

Julio Roberto Gómez

Presidente de la Confederación General del Trabajo-CGT

Miguel Morantes

Presidente de la Confederación de Trabajadores de Colombia-CTC

Jorge Enrique Enciso

Presidente de la Federación Colombiana de Sindicatos Médicos-FECOLMED

Fabio Serna
Carolina Corcho Mejía
Voceros Mesa Nacional por el Derecho a la Salud

Olga Lucía Zuluaga
Directora de la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales
Públicos-ACESI

Néstor Álvarez
Representante de Pacientes de Alto Costo

Renata Virginia González
Presidenta de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería

Hernando Torres Corredor
Diana Colorado Acevedo
Director y Coordinadora Académica del Centro de Pensamiento en el Derecho a la
Salud. Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad Nacional de
Colombia.

Félix Martínez
Presidente de Fedesalud

Francisco Rossi
Fundación Ifarma

Hernando Nieto
Elizabeth Beltrán
Asociación Colombiana de Salud Pública

Paola Buitrago Bejarano
Jhon Jairo Quintero
Presidenta y Vicepresidente de Octava Papeleta por la Salud y la Seguridad Social
como Derechos Fundamentales en Colombia

Luis Alberto Martínez
Coordinador de la Mesa Antioquia por la Transformación del Sistema de Salud

German Reyes
Presidente de la Asociación Médica Sindical de Antioquia-ASMEDAS

Clemencia Mayorga
Presidenta del Sindicato Colombiano de Pediatras-SICOLPED

Román Vega Romero

Vocero del Movimiento Por la Salud de los Pueblos

Ramiro Pinilla
Vocero de Humanizando Corazones

Mary Paz Burbano
Directora de Fundación Proyecto Autismo

Álvaro José Manrique Arango
Presidente del Colegio Médico de Yopal y Casanare y de la Sociedad Casanareña de Anestesiología

Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres

Javier Andrés Moreno
Diego Alexander Vides
José Giovanni Peralta
Gabriel Adolfo Riaño
Mesa Departamental por la Salud de Boyacá

Fernando Adolfo Suarez
Presidente del Colegio Médico Regional de Boyacá

Christiam Suarez
Vocero del Movimiento Social por una Salud Digna en Colombia

Piedad Socorro Morales
Presidenta de la Asociación de Usuarios del Hospital San Rafael de Caldas.

Linibeth Cruz Baquero
Presidenta del Sindicato de Médicos Generales y Especialistas del Casanare.