

HACIA UN NUEVO MODELO DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

Sin
"añadidura"
NO hay SALUD

HACIA UN NUEVO MODELO DE SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA: SIN “AÑADIDURA”, NO HAY SALUD.

Colegio Médico de Bogotá D.C.

Miembro de la Federación Médica Colombiana



Carrera 13 A No. 34 – 27 Oficina 305

Bogotá D.C. Colombia

comunicaciones@colegiomedicodebogotadc.org

www.colegiomedicodebogota.org

Director General

MD Herman Bayona A

Presidente, Colegio Médico de Bogotá D.C.

Coordinación Editorial

Gloria Ortega Pérez

Gestión & Comunicación Colegio Médico de Bogotá D.C.

Equipo de Investigación

Steven Orozco Arcila, director metodológico

Doctor en Salud Pública. Profesor-investigador Grupo de investigación Gestión y Políticas en salud de la Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP), Universidad de Antioquia (UA).

Gabriel Jaime Otalvaro Castro, profesor asesor Profesor-investigador.

Grupo de investigación Gestión y Políticas en salud de la FNSP Pública (FNSP), Universidad de Antioquia.

Liliana Gaviria Salinas, diseño de encuesta y análisis de información.

Candidata a Magíster en Epidemiología de la Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP), Universidad de Antioquia.

Andrés Colorado Vélez, diseño y realización de entrevistas, análisis de información.

Sociólogo, participante de proyectos de investigación, Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP), Universidad de Antioquia.

Corrección de estilo

Ligia Pérez Parada

Diseño

Fabio Moreno

famosdise@gmail.com

Fotografía

Gerald Bermúdez

Impresión

Famos Diseño



Familia campesina que realizó sustitución de cultivos de hoja de coca en el marco del Programa Nacional de Sustitución de cultivos ilícitos, pero que se encuentra en pobreza extrema debido al incumplimiento gubernamental. Caño Indio Norte de Santander, 2019. Foto Gerald Bermúdez

La producción y divulgación del documento “Hacia un nuevo modelo del sistema de salud en Colombia: sin “añadidura” no hay salud, fue posible mediante la alianza entre el Colegio Médico de Bogotá D.C. (CMB), la Asociación de Trabajo Interdisciplinario (ATI) y la Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” de la Universidad de Antioquia. Este trabajo colectivo se construye en el marco de una reflexión global sobre las condiciones que garantizan el trabajo decente, apoyado por la Agencia de Cooperación Belga SOLSOC. Se autoriza su difusión por cualquier medio, siempre y cuando se cite la fuente. Los contenidos de la publicación están bajo la responsabilidad del Colegio Médico de Bogotá D.C. y son avalados por las demás organizaciones integrantes de esta alianza.

Candidatos y electos legisladores al Congreso y la
Presidencia de la República de Colombia
2022 – 2026

Los trabajadores de la salud, para ejercer nuestras profesiones, estamos llamados a honrar el contrato social que tenemos con la medicina y los pacientes, en un contexto que amenaza, de manera permanente, la salud y el bienestar.

En las siguientes páginas conocerán la voz de actores de la salud, del sector social, gremial, académico y científico, así como de diversas comunidades y ciudadanía sobre la inaplazable necesidad de estructurar un nuevo modelo de salud pública para Colombia, única manera de conseguir que el derecho fundamental a la salud sea una realidad en nuestra sociedad.

CONTENIDO

1. Presentación

PAG.3

2. Contexto

PAG.5

3. Metodología

PAG.7



4. Hacia un nuevo modelo del sistema de salud en Colombia: sin "añadidura", No hay SALUD

PAG.8

4.1. Información sociodemográfica de los participantes

PAG.8

4.2. Estructura actual y cambios necesarios

PAG.9

4.3. Financiamiento y administración del sistema

PAG.10

4.4. Provisión de servicios y modelo de atención

PAG.13

4.5. Políticas de salud y determinantes sociales de la salud

PAG.18

4.6. Gobernanza del sistema

PAG.20

4.7. Trabajo en salud y formación de trabajadores de la salud

PAG.22



5. Un nuevo modelo de sistema de salud pasa, tambien por una nueva visión país

PAG.24

6. Referencias

PAG.28

7. Anexo

PAG.29



1. Presentación

Cuando se sancionó la Ley 1751 Estatutaria de la Salud (LES) en febrero de 2015, se dijo que la historia de la salud en Colombia se partía en dos porque los usuarios iban a dejar de ser clientes del sistema y se convertirían en pacientes.

La realidad es que la historia no se partió en dos y, lo que es peor, los pacientes siguen siendo usuarios clientes y la salud no ha dejado de ser el mismo negocio privado de unos pocos, como desde hace 30 años.

La LES, que elevó a la salud al rango de derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, no ha sido reglamentada por el ejecutivo ni por el legislativo en siete años, tiempo en el que sí han tratado de introducir todo tipo de “reformas” contrarias al espíritu y principio garantista en derechos de la ley.

Sin embargo, también es conocido cómo, durante todo este tiempo, miles de personas han tenido que recurrir a la vía judicial, para que se les reconozca el derecho a tener consultas especializadas, a recibir medicinas, al cuidado y la atención debida para restablecer su salud.

Una situación que además representa una onerosa carga para el Estado si se tiene en cuenta que, por ejemplo, solamente en el año 2020, la Corte Constitucional conoció 81.899 solicitudes de protección del derecho fundamental a la salud mediante acciones de tutela.

Pero, lo que sí ha tenido garantía de bienestar y crecimiento sostenido es el lucrativo negocio de los empresarios de la salud que, con los recursos públicos, consolidaron el modelo de mercado y aseguramiento de la intermediación financiera impuesto por la Ley 100 de 1993, junto a la creación del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Un modelo que prioriza el dinero sobre la vida y elude toda responsabilidad sobre el cuidado de la salud individual y colectiva, es decir, la salud pública, así como el derecho que tiene toda persona, población y comunidad para su atención integral, oportuna y de calidad.

Estas entidades que ahora se llaman empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) -antes EPS-, fragmentaron a la población con el aseguramiento individual y, de paso, excluyeron a miles de personas en las ciudades y la ruralidad dispersa nacional a las que no se les proporciona ningún tipo de atención en salud.

En medio de esta crisis perversa e inmoral, la pandemia del SARS-Cov2-Covid-19 en Colombia no hizo otra cosa que mostrar en toda su dimensión un sistema de salud que no hace prevención y promoción, que pone todo tipo de obstáculos a los pacientes en las “rutas” de atención, al que le faltan y pierde recursos financieros, que no se inmuta con el cierre de un hospital, que no hace investigación, que no controla la corrupción, y que se sostiene por cientos de miles de trabajadores de la salud que ejercen su labor en terribles condiciones de indignidad laboral, sin contratos legales, ingresos exigüos, sin seguridad social y sin vacaciones.



Trabajadores de la salud protestan contra proyecto de Ley 010 de reforma a la salud. Foto de El Cronista, mayo 13 de 2021

Por otro lado, la idea comúnmente aceptada de que “mientras haya salud lo demás es añadidura”, ha distorsionado la debida comprensión sobre lo que es la salud sirviendo al enfoque mercantilista que sustenta sus ganancias en la enfermedad y la medicación contrariando el sentido de la LES que señala que la “añadidura” no es otra cosa que el conjunto de los determinantes sociales de la salud (DSS) no atendidos.

El hambre, la inseguridad alimentaria, la pobreza, la precariedad de la vivienda, la falta de trabajo y las condiciones de vida no saludables desde la niñez, y en la que se encuentran hoy más de 20 millones de personas en Colombia, son la mayor causa de las enfermedades, todos, DSS que definen la vida o la muerte física, mental y emocional de las personas.

Prevenir la enfermedad y restaurarla cuando esta falla es una condición esencial que hace posible la vida a plenitud. Una vida saludable solo es posible en condiciones de dignidad humana. Es un estado de completo bienestar.

En su reciente informe sobre la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo (2021), la FAO¹ reitera, una vez más, cómo los sistemas ambientales y sanitarios están interconectados con los principales factores que amenazan a la seguridad alimentaria y la nutrición.

Sin embargo, como lo advierte la Asociación de Trabajo Interdisciplinario (ATI), el derecho a una alimentación adecuada está seriamente amenazado en Colombia. Comunidades indígenas, afrodescendientes y campesinas están siendo despojadas de sus territorios, para ser entregados a monopolios y empresas trasnacionales ahondando la inequidad y pobreza impidiendo el bienestar común y una vida digna².

Transformar la salud en Colombia es un imperativo humanitario, ético y moral que no es exclusivo del sector de la salud. Es imprescindible ampliar el rango de actores que reflexionen sobre la exigencia de un cambio estructural y propongan alternativas sociales y políticas para hacerla viable, única alternativa para la resolución de sus problemáticas sanitarias.

Este es uno de los propósitos del Colegio Médico de Bogotá D.C. (CMB) y la Facultad de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” de la Universidad de Antioquia en alianza con la Asociación de Trabajo Interdisciplinario (ATI): recoger el pensamiento, visión y opinión de actores de la salud, del sector social, gremial, académico y científico, y diversas voces de comunidades y ciudadanía, para que sean conocidos y tenidos en cuenta por los candidatos y electos legisladores al Congreso y la Presidencia de la República 2022 – 2026.

El documento Hacia un nuevo modelo de sistema de salud en Colombia: sin “añadidura”, no hay salud, colige un mensaje crítico, urgente y documentado en el camino de avanzar el diseño de un nuevo modelo y reestructuración del sistema de salud colombiano, junto al ya notable trabajo que vienen adelantando personas de diversas disciplinas en la Cumbre por la Reforma a la Salud, el Pacto por la Salud y la Vida, otros sectores académicos y la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social –CSR.

Los temas que aborda el documento Hacia un nuevo modelo de sistema de salud en Colombia: sin “añadidura”, no hay salud, fueron agrupados y problematizados a través de los resultados de una encuesta y un conjunto de entrevistas realizadas a diferentes voces de los sectores arriba mencionados y sistematizadas para su presentación.

Como parte del documento y a modo de “llamamiento político” presentamos algunas conclusiones.

¹ Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Última edición: El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2021. <https://www.fao.org/publications/sofi/2021/es/>

² Seguridad, Soberanía, Autonomía Alimentaria y Derecho a la Alimentación. <https://ati.org.co/index.php/nosotros/enfoques/2-uncategorised/41-seguridad-soberania-autonomia-alimentaria-y-derecho-a-la-alimentacion>.

2. Contexto

Durante la década de los noventa y bajo las imposiciones de organismos multilaterales como el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), gran parte de los sistemas de salud del mundo experimentaron reformas que, en teoría, pretendían aumentar la cobertura en salud de las poblaciones y hacerlos más eficientes económicamente.

Transcurridas varias décadas, no obstante, y en muchos contextos, estas reformas y objetivos no se han cumplido de la forma esperada debido a la privatización y profundización de la fragmentación de los sistemas de salud, así como al debilitamiento del papel del Estado, contrario a los planteamientos iniciales.

Lo que se observa es un retroceso de diversos indicadores sanitarios en regiones y países, aumento de las desigualdades en salud y vulneración sistemática del Derecho Fundamental a la Salud establecido en los diferentes pactos internacionales (1,2).

La aparición de la pandemia por la COVID-19³ en el mundo (denominada en muchos casos "sindemia"⁴), vino a complicar aún más la situación sanitaria y de vulneración de derechos enunciada.

En primer lugar, porque una de las consecuencias directas de la pandemia ha sido la destrucción de millones de empleos formales e informales en las economías más débiles con la consecuente concentración de ingresos y riqueza en ciertos grupos, mientras otros han experimentado todo lo contrario. Es decir, pérdida de sus ingresos (capacidad adquisitiva) y, por tanto, imposibilidad de suplir sus necesidades básicas vitales como la



Asentamiento indígena Yukpa en Cúcuta. Comunidad que busca sobrevivir en medio de la pobreza extrema y el hambre agravada por el confinamiento por la pandemia de Covid 19. Norte de Santander, 2020. Foto Gerald Bermúdez

vivienda, la alimentación y la educación, provocando un mayor deterioro de las condiciones de vida en general e impactando sobre la salud de diversos sectores de la población y comunidades, ensañándose, con los más vulnerables.

Estas situaciones son bastante claras en diferentes niveles.

En el "Reporte sobre la desigualdad global 2022" (3), publicado recientemente por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), se presentan dos indicadores que dan cuenta de ello: desigualdades globales en ingresos y desigualdades globales en riqueza.

Frente al indicador desigualdades globales en ingresos, el Reporte indica que, para este año, el 10% más rico de la población mundial percibirá el 52% del ingreso mundial mientras que la mitad más pobre de la población ganará solo el 8.5%. De esta forma, mientras una persona entre el 10% superior de la distribución mundial del ingreso gana unos 87,200 euros (122,100 USD) durante un año, una persona de la mitad más pobre de la distribución mundial del ingreso ganará 2,800 euros (3,920 USD) este año.

3 La OMS declaró la epidemia de COVID-19 como una emergencia de salud pública de preocupación internacional en enero 30 de 2020. Por su extensión a nivel global en pocos días fue declarada como Pandemia el 11 de marzo de 2020. <https://bit.ly/362Sv76>

4 El término "sindemia" fue acuñado por Richard Horton, editor jefe de la revista científica *The Lancet* y el antropólogo Merrill Singer, para referirse a la suma de dos o más epidemias o brotes de enfermedad que, en su interacción biológica y en su repercusión "se potencian" llevando a un exceso de carga de enfermedad. El término es un neologismo que usa las palabras sinergia y epidemia, de tal manera que alude a una sinergia de epidemias. Ver: <https://bit.ly/3sGF3O4>

Respecto al indicador de desigualdades en riqueza, señala el Reporte que, la mitad más pobre de la población mundial apenas posee el 2% del total de la riqueza mundial mientras, por contraste, el 10% más rico de la población mundial posee el 76% de toda la riqueza (3).

En el caso de Colombia las tendencias globales se mantienen y ubican al país como el más desigual de todos los que integran la OCDE y el segundo entre los países de América Latina y el Caribe en materia de ingresos.

En el mismo informe el BM señala que los ingresos del 10% de la población más rica de los colombianos es once veces mayor que la del 10% más pobre (4).

La pandemia por el COVID-19 amplificó, aún más, las disparidades existentes - advierte el Reporte-, y amenaza con tener efectos negativos prolongados si no se toman medidas adecuadas. Por ejemplo, en educación, las pérdidas de aprendizaje por los cierres de las escuelas y el aprendizaje a distancia van a afectar la productividad laboral en adelante, sobre todo, poniendo en desventaja a los jóvenes de familias de bajos ingresos.

Como consecuencia de la pandemia en Colombia, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), los niveles de inseguridad alimentaria se han elevado en gran medida. Uno de los datos más llamativos de esta situación es que actualmente un 30% de los hogares colombianos no consumen las tres comidas diarias, esto es 3 de cada 10 (5).

Como segundo punto de análisis es necesario señalar que la pandemia de la COVID-19 también complejiza la situación del derecho a la salud.

Los países debieron enfrentarse a la pandemia con sistemas de salud privatizados, desarticulados, predominantemente biomédicos, y por tanto, incapaces de enfrentar la situación desde una

perspectiva de salud⁵ pública y de determinantes sociales de la salud, producto de las reformas neoliberales de los últimos treinta años.

En el caso colombiano el otrora sistema de salud fue reformado mediante la ley 100 de 1993, dando paso a la creación del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Un modelo de "pluralismo estructurado" o "competencia regulada", en el que múltiples actores entran en una lógica que profundiza la oferta-demanda de seguros y servicios de salud bajo el supuesto control del Estado.

Han pasado casi 30 años de un sistema privatizado que ha acumulado y mostrado problemas de diverso tipo y que se han pretendido resolver mediante diferentes reformas sin que ello, realmente, haya impactado de manera positiva en la salud de la sociedad. El derecho a la salud sometido al mercado.

El servicio de salud para la población que hasta principios de los años 90 era de responsabilidad y monopolio del Estado y de servicios privados, pasó a ser de un puñado de empresas y aseguradoras construidas para la atención del negocio de la demanda de las enfermedades, no de la salud.

Esta la lógica mercantil y economicista en la que se cimenta el modelo de salud actual y otras muchísimas situaciones estructurales del sistema, generan condiciones que imposibilitan el disfrute del derecho fundamental a la salud individual, colectivo y el derecho a la vida. Algunos ejemplos de esto son:

- **Las múltiples barreras económicas, administrativas, geográficas y culturales** de acceso a los servicios de salud individual y colectiva para las poblaciones étnicas, personas con enfermedades complejas, y de manera especial, para las numerosas y diversas comunidades en territorios urbanos y rurales del país.
- **La conformación de grandes oligopolios** en salud que dictaminan las reglas de operación del modelo en favor del mercado financiero transnacional, generando una mayor inequidad, desequilibrio

⁵ Situación de los sistemas de salud de América Latina, incluido el colombiano. <https://bit.ly/3BikCLe>

financiero del sistema y detrimento de las condiciones de salud de la población.

- **Un modelo de atención predominantemente asistencial**, con exiguas estrategias de promoción, prevención y de salud pública, desarticuladas, discontinuas y sin procesos de evaluación y reformulación.
- **La corrupción y su consecuente pérdida de cuantiosos recursos financieros** que privan de atención e impactan en la eficiencia y eficacia de los servicios de salud para las poblaciones.
- **La generalizada y creciente precarización laboral**, inseguridad social y desprotección de los trabajadores de salud que afecta la calidad de la atención y la relación con los pacientes.
- **El gasto recurrente de miles de recursos técnicos en resolver acciones de tutela** y populares, como única opción de exigibilidad individual y colectiva del derecho fundamental a la salud.

3. Metodología

El planteamiento de problemas sobre el sistema de salud que aquí se presenta es el resultado de una labor de indagación, sistematización y análisis de información recogida entre octubre de 2021 y enero de 2022.

Esta recopilación permite conocer las visiones de una diversidad de actores, agremiaciones de la salud, trabajadores del sector, autoridades sanitarias, especialistas en distintos temas, profesionales independientes, líderes sociales y ciudadanía en general.

Para este propósito se utilizaron las siguientes herramientas metodológicas: una encuesta y una entrevista.

La encuesta

Diseñada con treinta y tres (33) preguntas de selección múltiple articuladas en siete (7) dominios: (1)

- **La falta de un sistema de información integral**, integrado e interconectado, seguro y confiable, para la toma de decisiones en los procesos de atención médica de las personas y el diseño de políticas públicas.
- **La baja capacidad técnica**, tecnológica y financiera de los agentes territoriales en salud del Estado para incidir sobre la salud de sus poblaciones.

Estas y más situaciones han llevado a que, desde la última década y de manera progresiva, diferentes sectores sociales, gremiales, sindicales y académicos planteen la necesidad de una reforma estructural al sistema de salud colombiano, más aún, en el momento actual en el que, como en otros contextos, la crisis sanitaria por la COVID-19 puso al descubierto todas sus limitaciones y falencias y objeciones del sistema mientras, paralelamente, se desmejoró de manera generalizada la salud individual y colectiva de la población.

información sociodemográfica de los participantes; (2) sistema de salud: estructura actual y cambios necesarios; (3) financiamiento y administración; (4) provisión de servicios y modelo de atención; (5) determinantes sociales de la salud y políticas públicas de salud; (6) gobernanza del sistema y (7), trabajo en salud y formación de sus trabajadores.

La aplicación de la encuesta se realizó vía online a través de un formulario Google Forms, el cual fue remitido mediante enlace por correo electrónico a bases de contactos que facilitaron distintas organizaciones sociales y del sector de la salud.

En total se recibieron doscientos noventa y cinco (295) formularios diligenciados. Las respuestas obtenidas fueron procesadas mediante los softwares Microsoft Excel, R y su entorno Rstudio.

La entrevista

Se realizaron catorce (14) entrevistas semiestructuradas mediante preguntas abiertas. Se indagó a los entrevistados sobre los mismos dominios o temas definidos en la encuesta.

La totalidad de las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas mediante procesos de categorización intratextual e intertextual, que posibilitaron un análisis conjunto de las mismas identificando hallazgos destacados.

Los resultados obtenidos a partir de la encuesta (datos cuantitativos), y las entrevistas (datos cualitativos), se presentan de manera integrada a través de los dominios o dimensiones mencionadas.

En cada una de estas dimensiones se presenta primero la información cuantitativa y a continuación la cualitativa, con el fin de que ambos tipos de datos se complementen y ofrezcan un panorama más claro.

4. Hacia un nuevo modelo del sistema de Salud en Colombia: sin "añadidura", NO hay SALUD

Estructurados en siete (7) ejes se presenta el pensamiento, visión y opinión de actores de la salud, del sector social, gremial, académico y científico, y diversas voces de comunidades y ciudadanía sobre la transformación del sistema de salud.

4.1 Información sociodemográfica de los participantes

Doscientas noventa y cinco personas (295) contestaron la encuesta. En su mayoría mujeres (55,3%). Los participantes tenían una edad promedio de 47,64 (DE $\pm 12,62$ años) y 75,0% 57 años o menos.

En cuanto a la ocupación, 46,44% son profesionales de la salud y 18,31% de áreas diferentes a las de la salud. En relación al lugar de domicilio 39,66% de los participantes son de la región Eje Cafetero – Antioquia.

El 46,78% de los encuestados hacen parte de una asociación de profesionales, 14,58% de la ciudadanía, y 11,53% de sindicatos del sector. **Tabla 1**

Respecto a las catorce (14) entrevistas realizadas, seis (6) fueron a mujeres y ocho (8) a hombres. Siete (7) pertenecen a asociaciones profesionales y gremiales de salud, dos (2) a sindicatos del área de la salud, tres (3) son líderes sociales indígenas y campesinos, uno (1) es experto temático, uno (1) es funcionario gubernamental de salud de un ente territorial, y uno (1) último, directivo académico de una universidad.

Característica	n	%
Edad, promedio (DE)	47,64	($\pm 12,62$)
Sexo		
Femenino	163	55,25
Masculino	132	44,75
Pais de origen		
Colombia	290	98,30
El Salvador	1	0,34
España	1	0,34
Malawi	1	0,34
Perú	1	0,34
Venezuela	1	0,34
Ocupación		
Profesional de la salud	137	46,44
Profesional	54	18,31
Otro	33	11,19
Docente investigador	26	8,81
Pensionado	15	5,08
Independiente	11	3,73
Desempleado	9	3,05
Estudiante	5	1,69
Líder social	5	1,69
Región de residencia		
Región Eje Cafetero - Antioquia	117	39,66
Región Centro Oriente	92	31,19
Región Pacífico	38	12,88
Región Caribe	25	8,47
Región Centro Sur	17	5,76
Región Llano	5	1,69
Archipiélago	1	0,34
Tipo de organización a la que pertenece		
Asociación de profesionales	138	46,78
Ciudadanía	43	14,58
Sindicato sector	34	11,53
Otra*	34	11,53
Ninguna	22	7,46
Agremiación	18	6,10
Organización social	6	2,03

Tabla 1. Características sociodemográficas.

4.2 Estructura actual y cambios necesarios

El 97,97% de las personas encuestadas contestó que el actual sistema de salud colombiano debería ser reestructurado. El 58,48% consideró que esta reestructuración debería ser de manera total e inmediata, y un 40,40% de manera gradual. **Tabla 2.**

Pregunta	n	%
Sobre el actual sistema de salud colombiano ¿cree que debería ser reestructurado?		
Si	289	97,97
No	6	2,03
¿Cómo considera que debería ser reestructurado el sistema de salud?		
De manera gradual	117	40,48
De manera total e inmediata	169	58,48
No sabe/no responde	3	1,04

Tabla 2. Sistema de salud: estructura actual y cambios necesarios

Para el dominio “estructura actual y cambios necesarios en el sistema”, la información que emergió de las entrevistas se organizó bajo la categoría “principales problemas del sistema de salud”. Las diferentes experticias y campos de acción de los entrevistados permitieron identificar un conjunto de problemas que giran en torno a uno estructural: la concepción del sistema de salud orientado por la lógica del mercado. Estos son los:

Principales problemas del sistema de salud

- **Limitación en el acceso** a la salud como un derecho fundamental. La prestación o acceso a este derecho está privatizado. La salud se convirtió en negocio y destruyó el sistema de salud pública lo que implica una pérdida en la inversión y la institucionalidad para la atención del sector.

Intermediación vista a través de tres problemas.

- La **intermediación en la afiliación** al sistema, del cual se derivan barreras burocráticas de todo tipo que retrasan y/o niegan la atención

de los pacientes impidiendo que accedan a los servicios de salud de manera oportuna.

La **intermediación laboral** que alude, directamente, a uno de los mayores impactos de la ley 100 en los trabajadores de la salud: la tercerización contractual que produce una 8de los derechos laborales, de los beneficios de la seguridad social, como salud, pensiones, subsidio familiar, la disminución de los ingresos y, de manera importante, interferencia sobre la autonomía profesional. En la actualidad el 80% de los trabajadores del sector salud en el país están tercerizados.

La **intermediación del sector farmacéutico, de tecnología y de insumos**, en manos de grandes monopolios de la industria farmacéutica que han generado un gran detrimento al sistema y costo elevado de los medicamentos a los pacientes.

- **Privatización, atención y cobertura** es el tercer conjunto de problemas, y que se expresa en diversas dificultades que impiden que las personas puedan resolver sus situaciones de salud.

El derecho fundamental a la salud es usado como mercancía bajo un modelo centrado en la enfermedad y en el daño, al tiempo que se abandona la concepción de la promoción y la prevención y no se consideran los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, ni la concepción del buen vivir⁷.

⁷ El “Buen Vivir” o “Vivir Bien” como noción, idea o concepto, recoge un conjunto de ideas que se están forjando como reacción y alternativa a los conceptos convencionales sobre el desarrollo. Ha venido siendo posicionado, en especial, por los pueblos indígenas andinos de diversos países como forma de interpelar los conceptos convencionales sobre salud, vida y desarrollo. Enuncian estos pueblos, por ejemplo, que la noción de “bienestar occidental” es biomédica, reduccionista, individualista, antropocéntrica, y por tanto sin diálogo con la madre naturaleza. Por el contrario, la noción de “Buen vivir” constituye un intento por superar tales reduccionismos del “bienestar” para dar paso a cosmogonías en que tantos sujetos como comunidades literalmente viven bien entre ellos y en armonía con la naturaleza; esto implica pues, más que la simple garantía de unas condiciones materiales para la existencia; implica nuevas relaciones económicas, sociales y culturales que antes que enfermar a las personas les ayudan a llevar una buena vida.

- **Corrupción** considerada, de manera clara, como un problema estructural del sistema. Esta tiene modos y prácticas que permean toda la estructura de funcionamiento del sistema.

Esta situación crea, por ejemplo, oligopolios y monopolios, para la prestación de servicios, la venta de insumos, el manejo de pruebas y exámenes diagnósticos, etc., y la integración vertical, esto es, las EPS creando sus propias IPS más allá de lo permitido.

Como es sabido, las diferentes prácticas clientelares y de corrupción, han generado y siguen generando enormes pérdidas de recursos financieros, deterioro de la infraestructura y equipos, entre otros.

- **Vigilancia del sistema** de salud que, a pesar de la existencia de organismos de control y vigilancia, como la Superintendencia de Salud, estas funciones y rectoría del sistema sobrepasa las capacidades de la entidad, o se realiza de manera selectiva lo que alimenta las prácticas de corrupción.

4.3 Financiamiento y administración del sistema.

Respecto al dominio "financiamiento y administración", la encuesta revela que, aunque el 87,46% de las personas manifestó que se debe eliminar la intermediación financiera de las EPS, un 45,76% considera que estas podrían tener algún papel en una nueva estructura del sistema de salud.

Es importante tener en cuenta que, de estos, el 52,59% manifestó que el papel de las EPS debería ser como prestadoras del servicio de salud, el 13,33% administrativo y el 13,33% dijo que de vigilancia. **Tabla 3.**

Al preguntar sobre las características de un nuevo operador para los recursos del sistema, el 44,41%

considera que este debe ser un operador único nacional, el 31,86% un operador departamental, y 19,66% un operador territorial. **Tabla 3.**

Respecto si se requieren más recursos para el sistema de salud el 82,71% de las personas encuestadas respondió "Sí". De estas, el 91,77% cree que el sistema de salud requiere de más recursos para mejorar la atención y la tecnología en salud, el 81,07%, para pagar mejores salarios al personal de la salud, el 65,84%, para ampliar la cobertura, el 48,46% para asegurar la viabilidad de prestadores públicos y privados y el 34,57% cree que más recursos son necesarios porque los gastos en salud son cada vez más altos. **Tabla 3.**

Al indagar sobre cuáles estrategias podría adoptar el Estado para la obtención de recursos financieros adicionales, los encuestados respondieron que generar nuevos impuestos (a las bebidas azucaradas y productos ultra procesados y otras industrias que afectan la salud); utilizar otros recursos que no están llegando al sistema de salud, (como del SOAT y las ARL); incrementar impuestos existentes (al licor, tabaco, juegos de azar); aumentar los aportes parafiscales de empresas, trabajadores



Foto tomada de la publicación Edición Médica.com, Marzo 19 de 2021

independientes y rentistas de capital, y ofertar seguros de salud en un 80,00%, 71,53%, 64,07%, 22,37% y 17,63% respectivamente. **Tabla 3.**

En relación a los regímenes especiales de salud del actual sistema como Ecopetrol, el Magisterio, la Policía, las FFMM y las universidades públicas, el 55,93% de los participantes consideraron que estos deben ser eliminados, para unificar planes de beneficios y mecanismos de afiliación. Así mismo, un 30,85% cree que se deben mantener, pero operando bajo nuevas reglas de funcionamiento. **Tabla 3.**

Los anteriores hallazgos pueden ser complementados con lo expresado en las entrevistas.

- Respecto a la suficiencia de recursos para el sistema de salud, los entrevistados adoptan dos posturas: los que consideran que el sistema tiene recursos financieros suficientes, y los que señalan que es necesario inyectarle más dinero.
- Los que anotan que hay recursos suficientes señalan que, lo que ocurre, es un problema de corrupción dentro del sistema, principalmente movido por las EPS, que encontraron la manera de desviar el recurso público para inversiones e intereses ajenos al sistema de salud.
- Indican, adicionalmente, que cuando estas han experimentado dificultades, los gobiernos salen en su rescate inyectándoles capital, como en el sonado caso Cafesalud⁸, adquirida por SaludCoop y convertida en Medimás.

Pregunta	n	%
¿Cree que se debe eliminar la intermediación financiera de las EPS?		
Si	258	87,46
No	37	12,54
En caso de eliminar la intermediación financiera de las EPS, ¿considera que estas podrían tener algún papel en una nueva estructura del sistema de salud?		
Si	135	45,76
No	160	54,24
En caso de haber respondido Sí en la pregunta anterior, diga cuál papel		

Prestadoras del servicio de salud	71	52,59
Administrativo	18	13,33
Auditoría y vigilancia	18	13,33
Gestores del riesgo y del gasto	6	4,44
Asesoras	4	2,96
Seguros voluntarios complementarios	2	1,48
Autonomía	1	0,74
Investigadoras y reguladoras	1	0,74
Seguir siendo intermediarias	1	0,74
Tercerización	1	0,74
No sabe/no responde	12	8,89
Una vez eliminadas las EPS del sistema de salud, ¿cómo debería ser el operador de los recursos del sistema?		
Un operador único nacional	131	44,41
Un operador departamental	94	31,86
Un operador territorial	58	19,66
No sabe/no responde	12	4,07
¿Considera qué se requieren más recursos para el sistema de salud?		
Si	244	82,71
No	51	17,29
¿Por qué cree que el sistema de salud requiere de más recursos? Puede seleccionar varias opciones.		
Para mejorar la atención y la tecnología en salud	223	91,77
Para pagarle mejores salarios al personal de la salud	197	81,07
Para ampliar la cobertura	160	65,84
Para asegurar la viabilidad de prestadores públicos y privados	118	48,56
Los gastos en salud cada vez son más altos	84	34,57
Otra, ¿Cuál? *	21	8,64
No sabe/no responde	1	0,41
¿Cuáles de las siguientes estrategias cree usted que podría adoptar el Estado para la obtención de recursos financieros adicionales? Puede seleccionar varias opciones.		
Utilizar otros recursos que no están llegando al sistema de salud (como SOAT y ARL)	236	80,00
Generar nuevos impuestos (bebidas azucaradas y productos ultra procesados y otras industrias que afectan la salud)	211	71,53
Incrementar impuestos existentes (alcohol, tabaco, juegos de azar)	189	64,07
Aumentar los aportes parafiscales de empresas, trabajadores independientes y rentistas de capital	66	22,37
Ofertar seguros de salud	52	17,63
Aumentar las cotizaciones de trabajadores al sistema	20	6,78
No sabe/no responde	8	2,71
Con relación a los regímenes especiales de salud del actual sistema como los de Ecopetrol, Magisterio, Policía, FFMM y universidades públicas, ¿qué considera usted debería hacerse con ellos?		
Eliminarlos, para unificar planes de beneficios y mecanismos de afiliación	165	55,93
Mantenerlos operando bajo nuevas reglas de funcionamiento	91	30,85
Mantenerlos como están	29	9,83
No sabe/no responde	5	1,69
Otra, ¿Cuál? †	5	1,69

Tabla 3.

⁸ Saludcoop EPS apareció en 1994, es decir, sólo un año después de la promulgación de la Ley 100. En el 2011, antes de ser intervenida, esta era la empresa promotora de salud (EPS), con el mayor número de afiliados del país (aproximadamente seis millones), y tenía presencia en los 32 departamentos. Más allá de una EPS era un conglomerado empresarial integrado por 43 otras empresas (que incluía lavanderías hospitalarias, proveedores de medicamentos, inversiones en el exterior, etc). Este grupo empresarial era a su vez propietario de otras EPS más pequeñas como Cafesalud y Cruz Blanca. En razón a la intervención y liquidación de Saludcoop (año 2015), por manejos irregulares de los recursos del sistema de salud y mal desempeño en la prestación de los servicios a sus afiliados, esta cambió su razón social (nombre) y pasó a llamarse Cafesalud cobijando a la totalidad de afiliados de las anteriores tres EPS. Bajo este nuevo esquema los problemas de corrupción y prestación de los servicios no terminaron, y aunque muchos sectores sociales pedían la liquidación también de Cafesalud, y el traslado de sus afiliados a otras EPS. En 2016 el gobierno nacional abrió una licitación pública de venta y fue adquirida por el grupo ecuatoriano Prestasalud, que a su vez la renombró como EPS Medimás. <https://bit.ly/3rKaJmm>

Pregunta
<p>*Otra: incluye las siguientes respuestas para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención en promoción y prevención; - Desarrollar programas de prevención; - Garantizar acceso a población rural y para grupos étnicos; - Incluir atención integral en salud mental; - Interoperatividad; - Inversión en salud pública y en participación social para la salud, - Manejo de enfermedades de alto costo y huérfanas con calidad en la atención, - Más inversión para la investigación y la infraestructura, - Mejorar las acciones de vigilancia y control y en la calidad, - Desarrollar una atención primaria en salud, - Evitar la corrupción, - Financiar un modelo de salud preventiva, - Garantizar el acceso en salud en cualquier etapa de la atención, - Implementar programas serios en prevención; - Poder asegurar el acceso de las personas en zonas rurales y dispersas; - Programas de promoción y prevención acordes a las necesidades de cada territorio; - Pensiones a cuidadoras y cuidadores; - Trabajar más en prevención y no dejar llegar a la enfermedad - Tareas preventivas promocionales antes que recuperativas rehabilitadoras - Para una mejor atención en general, - Desarrollo humano, equidad y tiempo de consulta, porque tiene ostensibles atrasos tecnológicos. <p>†Otra-. Incluye las siguientes respuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer en gran medida las especialidades de los profesionales - Integrarlos gradualmente al sistema único de beneficios y aseguramiento; - La salud tiene que ser un servicio universal; - Regularlos de manera estricta y desmonte paulatino.

Tabla 3. Financiamiento y administración

- Algunos más señalan que lo que se necesita es hacer más control, para impedir la desviación de recursos por parte de estos intermediarios de los que consideran, no han hecho un aporte significativo a la salud de la población, ni al sistema, dado que siempre privilegian sus intereses; si se elimina la intermediación financiera los recursos alcanzan’.
- Para otros lo que se requiere es aumentar los recursos para el sistema.

Anotan, sin embargo, las dificultades de un modelo de gobierno para el que, la mayor parte del presupuesto, se destina a seguridad y defensa, mientras la política social y determinantes de la salud como educación, acceso a agua potable, saneamiento, electricidad, movilidad sostenible, y la misma salud, no tienen suficiente financiación y, por el contrario, cada vez tienen menos recursos.

Colombia posee buenos ingresos fiscales además de muchos otros recursos. Lo que se necesita es un nuevo modelo de redistribución con equidad y

visión en el que el gasto de la guerra deje de ser la prioridad. Esta sería la forma de garantizar el presupuesto.

- Un nuevo modelo de sistema de salud pasa, también, por un nuevo modelo de Estado, un nuevo modelo económico y un enfoque de satisfacción de derechos en todos los ámbitos de la vida humana incluido el de la salud.

Todos los entrevistados coinciden en la necesidad de eliminar la figura de la intermediación financiera ejercida por las EPS y devolver al Estado como único responsable de las funciones que estas realizan.

- Se sugieren alternativas como, un operador nacional con ejecutores regionales, o un sistema descentralizado de salud con control efectivo. Las EPS no deben seguir operando los recursos del sistema en ningún caso.

Observan poca o ninguna viabilidad de que las EPS desarrollen otras funciones.

- La gestión del riesgo en salud de la población, incluso, puede ser directamente ejercida por los prestadores operando en red, por tanto, el aseguramiento se haría innecesario.

Recalcan, en consecuencia, la necesidad de un operador nacional con ejecutores regionales que realicen pagos directamente a prestadores públicos y privados.

Esto requiere un compromiso del Estado con el fortalecimiento de la red pública dada la pésima situación en la que se encuentra su infraestructura, falta de talento humano, disponibilidad o posibilidad de compra de insumos y tecnología.

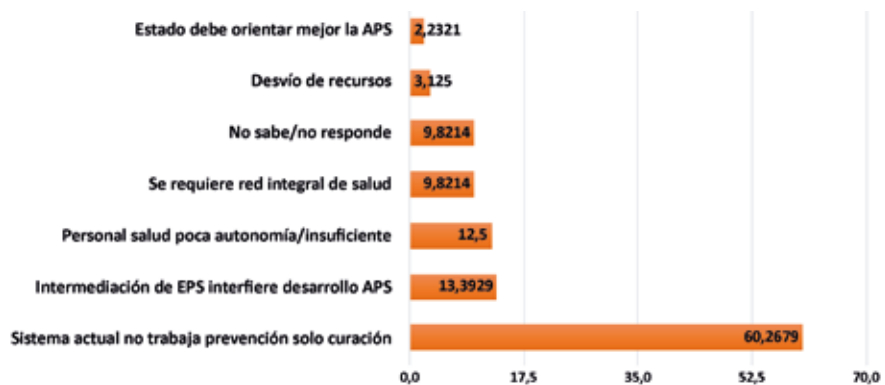
Bajo este esquema no se presentaría ningún tipo de competencia entre las IPS públicas y privadas, sino que, sencillamente, las personas acudirían a la IPS o a la institución de salud en el lugar donde se encuentran, mientras que el operador regional pagaría directamente a dicha IPS (y no a algún intermediario), por los servicios prestados a la persona.

- Este ejercicio de regionalización del sistema que algunos denominan descentralización, se requiere redefinir claramente las competencias

de la nación, los departamentos y los municipios, no solamente en el manejo de los recursos, sino en políticas de inclusión efectiva de los diferentes grupos humanos.

- Consideran los entrevistados que la Ley Estatutaria en Salud (LES, 2015) ofrece un escenario favorable, para el reposicionamiento del Estado en la dirección del sistema de salud y como garante del derecho fundamental a la salud.

Figura 1. Razones por las que la APS en actual sistema de salud no se ha implementado adecuadamente



4.4 Provisión de servicios y modelo de atención.

En este dominio la encuesta revela que el 70,51% de los participantes considera que las IPS privadas (hospitales, clínicas, consultorios, etc.), podrían cumplir tres funciones en el marco de una nueva estructura de sistema de salud: (1) adscribirse a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) como parte del sistema; (2) ofrecer una atención coordinada entre los diferentes niveles de atención, y (3) integrarse con otros sectores como los programas sociales. **Tabla 4.**

La encuesta también indaga sobre cómo fortalecer la Red Pública Hospitalaria (que incluye hospitales públicos departamentales y municipales). El 32,54% consideró que se lograría "generando mecanismos de control a la corrupción" y un 30,51% "recuperando la cartera morosa de las EPS con la red pública".

Cuando se consultó si las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) en el actual sistema han funcionado, solo el 16,95% de los encuestados considera que sí lo han hecho. Si conocían cómo funcionan las Redes Integrales de Servicios de Salud, 68,81% de los participantes contestó que sí.

Tabla 4.

En la pregunta sobre si la Atención Primaria en Salud (APS) se ha implementado o no de manera adecuada, el 80,00% dijo que no. **Tabla 4.**

Algunas de las razones dadas por los encuestados fueron: "la intermediación financiera de las EPS no permite el desarrollo de atención en salud"; "el sistema actual no permite integralidad en la atención"; "falta de profesionales de la salud o no están bien capacitados"; "son entidades que siguen permeadas por la corrupción"; "el modelo de

atención es curativo, no preventivo"; "desconexión con comunidades y poblaciones de difícil acceso", entre otras razones, que se agruparon en las categorías que se reportan en la **Figura 1**.

Sobre la telesalud⁹, el 51,86% de los encuestados considera que esta representa una barrera de acceso a los servicios de salud, mientras que el 47.46% piensa que no lo es.

De este último grupo, el 57,00% considera que la telesalud "amplía el acceso a los servicios de salud, en especial, para quienes viven en zonas remotas", mientras que un 17% cree que la telesalud "permite combinar estrategias de atención". **Figura 2**.

Al preguntar si consideraban que la telesalud altera la relación médico-paciente, el 36,95% respondió que no. Quienes respondieron "no", en su mayoría, justifican sus respuestas afirmando que la relación médico-paciente se mantiene.

Las siguientes son algunas de sus afirmaciones: "le exige al profesional poner más atención al paciente"; "se debe otorgar una simultánea empatía hacia las necesidades del demandante, es decir la tecnología no quiere decir servicios deshumanizados, lo contrario, conocer más a fondo la problemática de la consulta que refiere el paciente"; "al mejorar la conectividad y el tiempo en consulta es posible percibir otros aspectos como el entorno del paciente (vivienda-familia)"; "se habla más con el médico por medios virtuales que [de manera] presencial". "Es paradójico; la relación médico paciente no depende del medio"; "la consulta presencial en este momento es más despersonalizada que en la virtual"; "al menos el médico se ve en la necesidad de escuchar al paciente, pero requiere fortalecer esta relación en ambas formas de presentación.

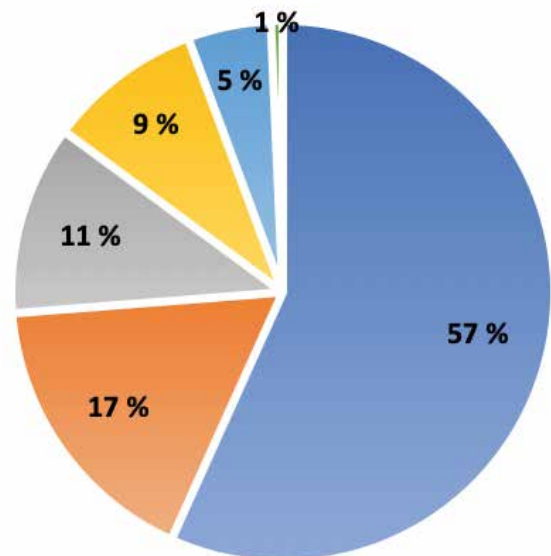
Frente a la continuidad o no de la telesalud en el país el 66,10% de los participantes manifestó que esta se debe mantener y regular.

La última pregunta de este dominio indaga sobre alternativas para incorporar al sistema de salud las diferentes formas de medicina tradicional que practican comunidades indígenas, campesinas y afrodescendientes, entre otras.

El 61,36% de los encuestados se mostró a favor de todas las opciones presentadas: formalización y vinculación de los practicantes de la medicina tradicional en la atención primaria de salud, incorporación de la enseñanza de la medicina tradicional en los programas de formación en salud, y promoción y desarrollo de las culturas y tradiciones populares. **Tabla 4**.

En este dominio de provisión de los servicios y modelo de atención, el análisis de las entrevistas realizadas también permite identificar puntos de vista frente a tres asuntos que han sido ya mencionados.

Acceso a servicios de salud por telesalud



- Amplia acceso al servicio, incluidas zonas remotas
- Permite combinar estrategias de atención
- Oportunidad en atención (tiempo)
- Solo para algunos procesos (asignación de citas, documentación, canalizar atención)
- No sabe/no responde
- Reduce costos de atención

Figura 2. Razones por las que la telesalud no es una barrera en los servicios de salud

⁹ La telesalud es un servicio que utiliza videollamadas y otras tecnologías para poder consultar con el médico u otro proveedor de atención médica desde el hogar en lugar de hacerlo en un centro médico. La telesalud y la telemedicina son dos diferentes tipos de servicios de atención médica a distancia.

Pregunta	n	%
¿Qué papel considera deberían jugar las IPS privadas (hospitales, clínicas, consultorios) en una nueva estructura de sistema de salud?		
Adscribirse a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) como parte del sistema de salud	48	16,27
Ofrecer una atención coordinada entre los diferentes niveles de atención	16	5,42
Integrarse con otros sectores como los programas sociales	14	4,75
Todas las anteriores	208	70,51
Ninguna de las anteriores	4	1,36
No sabe/no responde	2	0,68
Otra, ¿Cuál? *	3	1,01
¿Cómo considera se podría fortalecer la Red Pública Hospitalaria (Incluye hospitales departamentales y municipales públicos)?		
Generar mecanismos de control a la corrupción	96	32,54
Recuperar la cartera morosa de las EPS con la red pública	90	30,51
Transferir mayores recursos por parte del Estado	41	13,90
Acompañar a los hospitales en el diseño de planes de saneamiento de sus finanzas	33	11,19
Nombrar personal asistencial y administrativo por meritocracia	15	5,08
Generar pago por subsidio a la oferta	7	2,37
Generar mayor venta de servicios de salud	1	0,34
Otra, ¿Cuál? †	11	3,73
No sabe/no responde	1	0,34
¿Cree usted que las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) en el actual sistema han funcionado?		
Si	50	16,95
No	59	20,00
No sabe/no responde	186	63,05
¿Conoce cómo funcionan las Redes Integrales de Servicios de Salud?		
Si	203	68,81
No	92	31,19
¿Cree usted que la Atención Primaria en Salud (APS) en el actual sistema se ha implementado de manera adecuada?		
Si	27	9,15
No	236	80,00
No sabe/no responde	32	10,85
La Telesalud (realización de consultas virtuales) en la actualidad se viene implementando de manera importante en el país. ¿Considera que esta es una barrera de acceso a los servicios de salud?		
Si	153	51,86
No	140	47,46
No sabe/no responde	2	0,68
La Telesalud (realización de consultas virtuales) en la actualidad se viene implementando de manera importante en el país. ¿Considera que esta altera la relación médico-paciente?		
Si	182	61,69
No	109	36,95
No sabe/no responde	4	1,36
La Telesalud (realización de consultas virtuales) en la actualidad se viene implementando de manera importante en el país. ¿Considera si o no que debería mantenerse?		
Debe mantenerse y regularse	195	66,10
No debe mantenerse, limita el acceso	93	31,53
No sabe/no responde	7	2,37
¿Como cree que se pueden incorporar al sistema de salud las diferentes formas de medicina tradicional que practican comunidades indígenas, campesinas y afrodescendientes, entre otras?		
Formalizar y vincular a los practicantes de la medicina tradicional en la atención primaria de salud	41	13,90
Incorporar la enseñanza de la medicina tradicional en los programas de formación en salud	38	12,88
Promoción y desarrollo de las culturas y tradiciones populares.	20	6,78
Todas las anteriores	181	61,36
Otra, ¿Cuál? ‡	10	3,39
No sabe/no responde	5	1,69

Tabla 4.

RESPUESTA
Otra: incluye las siguientes respuestas:
- No contratación por prestaciones de servicios al personal médico;
- Prestar sus servicios de manera independiente de modo que sirva como "competencia" al sistema estatal, teniendo la posibilidad de prestar servicios de modo que el usuario pueda elegir si accede a servicios públicos o privados en términos de calidad no sólo de costo,
- No deberían afiliarse al sistema de salud del cotizante,
- Se deberían construir más y mejores hospitales públicos.
Otra-. Incluye las siguientes respuestas:
- Todas las anteriores;
- Acabar con la casa por cárcel;
- Creando procesos administrativos que eliminen la figura de empresas sociales como empresas comerciales y sean asimiladas como empresas de servicios estatales, sin intervención de los mecanismos de facturación, aunque sí con gestión de costos, entendidos estos como inversión en salud y no como gasto para recuperación por relación comercial;
- Mantener el sistema de aseguramiento en el que el usuario se haga participe en la obtención de fondos para el sostenimiento de los servicios de salud, manejado de manera descentralizada, pero con vigilancia estricta del estado.
- No sé necesitan más medidas anticorrupción, lo que se necesita es hacer efectivas y más severas las ya existentes, es decir que no sean sólo de papel;
- Mientras la salud lo planteen como servicio y no como derecho no funciona;
- Se debe generar acompañamiento para revisar el dinero que se gira de manera directa a las IPS,
- Revisar el modelo de Inglaterra;
- Priorizando la población más necesitada y vulnerable;
- Recuperando la cartera morosa de las EPS;
- Incluyendo multas que haya impuesto la Supersalud;
- Invirtiendo recursos de transferencias de departamentos y municipios;
- Priorizando por un periodo determinado proyectos de regalías orientados al sector salud;
- Buscando recursos de cooperación internacional para mejoramiento tecnológico;
- Ofreciendo servicios internacionales, entre otros;
- Sencillamente eliminar la intermediación de las EPS y hacer veedurías para evitar que se roben los recursos
Otra: incluye las siguientes respuestas:
- Control y fiscalización de los recursos SGP de Entidades Territoriales Indígenas;
- Estructuración de los Planes de Vida y revisión de los mismos acordes a las necesidades y líneas operativas;
- Darles reconocimiento como sistemas médicos oficiales, organizados de acuerdo a sus usos y costumbres, con articulaciones diferenciales a la nueva red pública;
- Debe enseñarse en las escuelas de medicina acerca del tema sin embargo la práctica de este tipo de medicinas debe mantenerse en sus comunidades de origen;
- Generando diálogos interculturales dónde se puedan discutir con las comunidades las mejores formas y más eficaces de medicina resolutiva;
- Incluir preparación profesional a los médicos en las universidades para una mejor comprensión y respeto de sus tradiciones;
- La medicina tradicional es la alternativa en los lugares donde el sistema no opera, ni llega y donde la corrupción es la constante;
- No debe incorporarse;
- No veo la necesidad de ellas;
- Respetando, pero educando, porque hay prácticas que no son sanas;
- Todos los anteriores excepto incorporar la medicina tradicional en programas de formación de pronto como una alternativa una electiva.

Tabla 4. Provisión de servicios y modelo de atención

Papel que pueden tener las IPS en un nuevo sistema de salud

Es claro que en el "engranaje", los hospitales y clínicas privadas y públicas no han estado exentas de episodios de corrupción, incluso como lo mostró claramente la pandemia. Adicionalmente, también es cierto que el sistema ha llevado a que muchas IPS públicas y privadas tengan carteras y deudas millonarias, al tiempo que la misma lógica del sistema las ha fragmentado y desarticulado lo cual no favorece una atención adecuada de la población. Los entrevistados convergen en torno a la necesidad de contar con la experiencia acumulada que allí existe, y despliegan un abanico de alternativas y roles para las IPS en un nuevo sistema de salud en el que el Estado es el protagonista.

Así, un primer elemento que se plantea es que las IPS públicas y privadas deberían integrarse bajo un esquema de redes que permita la operación de un modelo integral de promoción, prevención, atención, rehabilitación de salud de toda la población, y que, además, considere la afectación de los determinantes sociales de la salud. En términos un poco más específicos, que:

- En conjunto con las diferentes especialidades médicas, otras disciplinas en salud como optometría, fisioterapia, odontología, nutrición, entre otras, deberían estar dispuestas bajo un esquema municipal y territorial, a que se de un flujo y contraflujo de servicios que garanticen la atención integral, sin que las personas tengan, necesariamente, que desplazarse a grandes ciudades.
- Para evitar competencias inadecuadas entre IPS privadas y públicas, debería establecerse un



Trabajadores de la Salud en paro en Quibdó, Chocó. Foto tomada de El Espectador, Febrero 18 de 2022.

manual tarifario unificado, pero, además, garantizarse condiciones de operación similares (por ejemplo, para las Empresas Sociales del Estado, ESE), en cuanto a infraestructura, tecnología, y garantías de estabilidad laboral y formación para los trabajadores, entre otros.

El segundo asunto que irrumpe de los entrevistados es el relacionado con el fortalecimiento de la red pública hospitalaria, voz que resulta unánime hasta el punto de emerger la propuesta de una "ley hospitalaria". Varios son los elementos aquí señalados:

- Uno de los mayores problemas que enfrentan los hospitales públicos es que los pusieron a competir con las IPS privadas en la compra-venta de servicios (bajo condiciones muy desfavorables), y someterse a las reglas del juego de las EPS, a la hora de contratar dichos servicios en términos de precios, modos de pago, y otros.
- Bajo estas circunstancias, los hospitales dejaron de recibir presupuesto del Estado y deben

autosostenerse en un marco económico y jurídico muy adverso.

- Junto a esto, se ha impuesto la politiquería y no el interés público en el nombramiento de gerentes y juntas directivas, han generado crisis institucionales y económicas en muchos hospitales que se reflejan en el detrimento de la calidad del servicio, la reducción y subcontratación del personal, y el deterioro de infraestructuras y tecnología.
- Insisten en la necesidad de fortalecer la red pública hospitalaria local y regional, incluso, como vía principal para asegurar la implementación de un nuevo modelo de atención integral, con enfoque territorial, poblacional y étnico.

El tercer elemento que emerge en la provisión de servicios y modelo de atención es el de la Atención Primaria en Salud (APS) y la telesalud.

- Todos los entrevistados consideran que la APS debería convertirse en el eje estructurador del sistema. Una propuesta que, bajo el actual modelo, es imposible que funcione, debido al aseguramiento privado y su poco interés en prevenir la enfermedad.
- Aunque diferentes normas y escenarios hablen de la existencia de la APS en el país, lo que existe en la práctica son algunas iniciativas de focalización de poblaciones, con pocas acciones de promoción y prevención y que no siempre permiten el tránsito hacia otros servicios y niveles de complejidad, lo que se conoce como APS selectiva.
- Un enfoque renovado de APS implica un decidido trabajo extramural mediante equipos

multidisciplinarios con los que se llegue a toda la población a sus lugares de vivienda. Atención que debe responder a variables regionales, demográficas, culturales y epidemiológicas para la resolución de todas las necesidades en salud incluidas, por supuesto, las de alta complejidad. Esta acción extramural se debería convertir en el contacto que garantice el ingreso y la movilidad a través de todos los niveles de atención en el sistema.

De otra parte, frente a la telesalud (consultas médicas a través de internet y plataformas de comunicación), los entrevistados anotan que esta ha mostrado potencialidades. Por ejemplo, ha acercado a muchos pacientes a los servicios de salud a la vez que, en el contexto de la pandemia, ha permitido la descongestión de los servicios presenciales.

Consideran que la consulta por medios virtuales se debe mantener, fortalecer y regular, y que las condiciones y recursos para que esta funcione sea una realidad para la población. Algunas ideas en esta dirección son:

- El fortalecimiento tecnológico y gestión del Ministerio de las TIC, para que la telesalud llegue, precisamente, a las regiones más apartadas que son las que más la necesitan.
- Regular la telesalud de manera que se evite sus abusos, es decir, que no se convierta en el mecanismo exclusivo de acceso a los servicios, sino que se adapte a las situaciones más adecuadas.
- La regulación debe ser un mecanismo y evitar que se convierta en un medio más de sobrecarga y explotación laboral, como de hecho ya ocurre.

4.5 Políticas de salud y determinantes sociales de la salud.

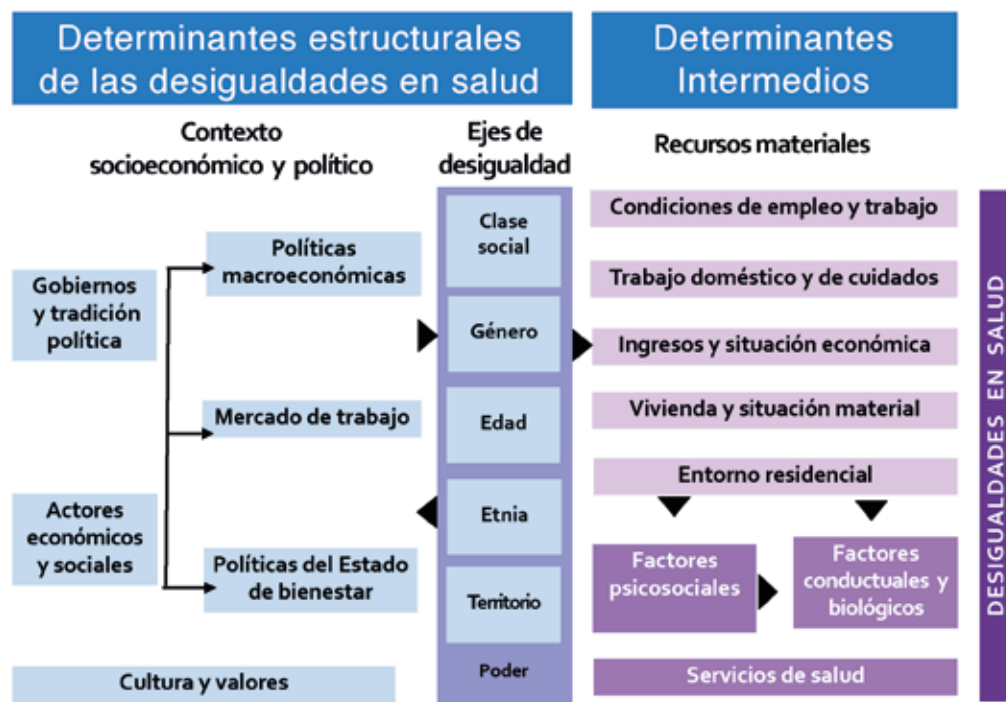


Figura 3: Esquema de los Determinantes Sociales de la Salud según la OMS

En lo que respecta a las políticas de salud y determinantes sociales de la salud, se encontró que, para el 84,75% de los encuestados, un nuevo sistema de salud debería incidir sobre los determinantes sociales de la salud.

La mayoría de estos participantes indicó que, los determinantes sociales de la salud en los que podría incidir serían los estructurales, especialmente, políticas sociales, políticas públicas y políticas macroeconómicas¹⁰. **Figura 3**

Resaltaron, igualmente, que dentro de los determinantes sociales intermedios se debería incidir en el acceso y atención en salud principalmente. **Figura 3**

Al preguntar sobre temas o problemáticas de medicamentos e insumos que deberían incluirse o resolverse en una nueva política farmacéutica, 70,85% de los encuestados contestó que "mejores prácticas regulatorias y de calidad en la producción, venta y distribución de medicamentos"; 67,46% "reducción de las inequidades en el acceso a medicamentos"; 65,42% planteó "evaluación y regulación en la incorporación de nuevas tecnologías y medicamentos", y un 63,73% seleccionó "control de precios". **Tabla 5.**

¹⁰ La OMS ha definido que los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas. Estos determinantes son generadores de desigualdades en el estado de salud entre personas y grupos, teniendo algunos más fuerza que otros. En tal sentido, existen dos tipos de determinantes: estructurales e intermedios. Los estructurales son aquellos que dan lugar a una estratificación dentro de la sociedad; por ejemplo, la distribución de ingresos o la discriminación por factores como género, etnia o discapacidad, y las estructuras políticas y de gobernanza que refuerzan las desigualdades en el poder económico en lugar de reducirlas. De esta forma dichos determinantes establecen un conjunto de posiciones socioeconómicas dentro de jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. Los mecanismos que producen y mantienen esta estratificación incluyen las estructuras formales e informales de gobernanza; los sistemas de educación; las estructuras de mercado para el trabajo y los bienes; los sistemas financieros; la atención que se brinda a las consideraciones de distribución en la formulación de políticas; y el grado y la naturaleza de las políticas de redistribución, provisión social y protección social. Los determinantes intermedios también inciden en la generación de desigualdades en salud, pero no con la misma fuerza de los estructurales. Ver: https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf

Pregunta	n	%
¿Un nuevo sistema de salud debería incidir sobre los determinantes sociales de la salud?		
Si	250	84,75
No	21	7,12
No sabe/no responde	24	8,14
¿Qué asuntos, temas o problemáticas de medicamentos e insumos considera deberían incluirse o resolverse en una nueva política farmacéutica? Puede seleccionar varias opciones		
Mejores prácticas regulatorias y de calidad en la producción, venta y distribución de medicamentos	209	70,85
Reducción de las inequidades en el acceso a medicamentos	199	67,46
Evaluación y regulación en la incorporación de nuevas tecnologías y medicamentos	193	65,42
Control de precios	188	63,73

Tabla 5. Políticas de salud y determinantes sociales de la salud

Un modelo de salud garantista de derechos

Cuando se indaga por el tipo de estrategias o políticas que se necesitan desde el gobierno y sus diferentes ministerios, entidades y secretarías de salud, para incidir sobre los Determinantes Sociales de la Salud, los entrevistados, en su gran mayoría, indican que se requiere un cambio estructural en el modelo económico que rige al país, por uno que sea garantista de derechos toda vez que el modelo actual no está diseñado para satisfacer los derechos fundamentales.

En muchas comunidades y territorios del país los problemas en torno al agua potable, la vivienda urbana y rural digna, el manejo de las aguas residuales, de las basuras, siguen siendo los causantes de enfermedades y problemas de salud individuales y colectivos que se pueden abordar desde la promoción y la prevención, a la par que se pueden atacar de raíz a través de una intervención realmente estratégica y enfocada a los determinantes sociales.

- Las falencias en los determinantes sociales en salud y sus problemáticas asociadas, son de vieja data. Sobreviven por el modelo económico del país y su consecuente sistema de salud el cual está enfocado y sustentado en la demanda de servicios de salud.
- Insisten los entrevistados, según los aspectos señalados, que lo que se necesita a corto plazo es tener un cambio hacia un gobierno con voluntad de

garantizar, realmente, el Estado Social de Derecho. Qué se garantice y cumpla con los pactos de Derechos Humanos suscritos por Colombia y recogidos en la Constitución Política. Se requieren grandes cambios institucionales para que, precisamente, las instituciones sean parte de la solución y no del problema.

- Señalan que otro de los errores del Estado ha sido no involucrar a las asociaciones científicas, gremiales y otros actores claves en el diseño de las políticas en salud pública, siendo que estos son los que están en contacto con los pacientes en sus territorios y, por tanto, tienen la experiencia para hacer sugerencias y recomendaciones con mayor incidencia.
- Las políticas en determinantes sociales de la salud deben realizarse, también, con enfoque territorial, étnico y epidemiológico.
- Se debe considerar, igualmente, el papel que juega sobre la salud de la población la industria de las bebidas azucaradas, de alimentos ultra procesados hipercalóricos y de la comida chatarra.
- Las políticas sobre determinantes sociales de la salud y en salud pública requieren suficiente financiación.



Decenas de familias viven en condiciones precarias en lo alto de las montañas. Mina Caribe, Serranía de San Lucas, Bolívar, 2013. Foto Gerald Bermúdez

Consideran que estas no pueden ser, solamente, políticas de papel con marcos conceptuales, ejes y metas retóricas, como el caso del Plan Decenal de Salud Pública¹¹ al cual no se le conocen fuentes de financiación y, mucho menos, seguimiento de metas cumplidas y no cumplidas.

- Estas políticas, además, no pueden ser responsabilidad solamente del Ministerio y las Secretarías de Salud, deben tener un enfoque intersectorial que involucre a otros sectores gubernamentales y sociales.

4.6 Gobernanza del sistema.

En relación a la gobernanza del sistema se realizaron tres preguntas abiertas en las que los participantes podían manifestar su opinión de manera extensa. Debido a la amplitud de las respuestas, estas se agruparon en varias categorías que se presentan en la **Tabla 6**.

La primera pregunta fue sobre cómo asegurar una mayor y efectiva participación de la ciudadanía en las decisiones sobre salud y el sistema de salud en el país.

El 24,41% respondió que “incentivando la participación”, el 22,36% mediante “pedagogía temprana”, el 19,66% motivando la “participación ciudadana y comunitaria”, el 18,98% mediante la “inclusión de usuarios y asociaciones en comités”, y 14,24 “fortaleciendo veedurías”.

Pregunta	n	%
¿Cómo asegurar una mayor y efectiva participación de la ciudadanía en las decisiones sobre salud y el sistema de salud en el país? (pregunta abierta)		
Incentivando la participación	72	24,41
Pedagogía temprana	63	21,36
Participación ciudadana y comunitaria	58	19,66
Inclusión usuarios y asociaciones en comités	56	18,98
Fortaleciendo veedurías	42	14,24
Descentralización del sistema de salud	13	4,41
Cumplimiento recomendaciones al sistema de salud	12	4,07
No sabe/no responde	13	4,41
Mejorando atención	7	2,37
Elección de dirigentes	7	2,37
Salud pública comunitaria	6	2,03
Generando políticas públicas	4	1,36
Humanizar el sistema	3	1,02
Condiciones laborales personal salud	3	1,02
¿Quién debería tener la rectoría del sistema de salud en el país? (pregunta abierta)		
Ministerio de salud	193	65,42
Profesionales de la salud	35	11,86
Secretarías de salud departamental o local	31	10,51
No sabe/ no responde	31	10,51
Usuarios del sistema	14	4,75
Ente autónomo	11	3,73
Entidades sin ánimo de lucro	6	2,03
Representantes de las colectividades indígenas y grupos étnicos y minoritarios	5	1,69
Academia	3	1,02
Consejo Nacional de Salud	2	0,68
ADRES	1	0,34
IPS	1	0,34
Existen varios mecanismos de control y vigilancia en el sistema de salud los cuales se han mostrado ineficaces a lo largo del tiempo. ¿Qué considera se podría hacer de manera novedosa para que estos funcionen? (pregunta abierta)		
Aplicar los mecanismos de vigilancia y control	73	24,75
Combatir corrupción	50	16,95
No sabe/no responde	43	14,58
Nuevos mecanismos de control y sanciones	42	14,24
Ser independiente del ejecutivo	33	11,19
Incentivos a veedurías y participación ciudadana	33	11,19
Personal idóneo en cargos de control	23	7,80
comités territoriales - descentralizar control	17	5,76
Cambiar funcionamiento sistema de salud	11	3,73
Quitar control a privados	4	1,36
Estudiar necesidades	3	1,02
Disminuir tramitología	2	0,68

Tabla 6. Participación efectiva de la ciudadanía en las decisiones sobre salud

Frente a quién debería tener la rectoría del sistema de salud del país la mayoría de los participantes, 68,44%, contestó que el “ministerio de salud” y un 12,41% mencionó “profesionales de la salud”. Al indagar sobre qué se podría hacer de manera novedosa para que los mecanismos de control y vigilancia del sistema de salud funcionen, 24,75% de los encuestados respondió “aplicar los mecanismos de vigilancia y control”, un 16,95% dijo “combatir la corrupción” y un 14,24% mencionó “nuevos mecanismos de control y sanciones”. **Tabla 6.**

¹¹ Los inicios del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) se remontan a la ley 1438 de 2011. En el artículo sexto de la misma se indica que el Ministerio de Protección Social formulará dicho plan con amplia participación social y en el marco de la estrategia de APS. En el 2012 se expidió el PDSP periodo 2012-2021, el cual planteó, como una apuesta política, el logro de la equidad en salud. Reconoce que las desigualdades en salud tienen origen en los Determinantes sociales de la Salud, motivo por el cual se debe trabajar sobre estos. Las acciones y metas definidas en el PDSP se desarrollan a través de 8 dimensiones prioritarias (salud ambiental; vida saludable y condiciones no transmisibles; convivencia social y salud mental; seguridad alimentaria y nutricional; sexualidad, derechos sexuales y reproductivos; vida saludable y enfermedades transmisibles; vida saludable y condiciones no transmisibles; salud y ámbito laboral; salud pública en emergencias y desastres) y 2 transversales (gestión diferencial de las poblaciones vulnerables, y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud). Para ampliar información se puede visitar: <https://bit.ly/3JtYVv>

Participación, vigilancia y control

Respecto al tema de cómo garantizar una mayor participación en el sistema de salud, que sea amplia, diversa e incluyente, los puntos de vista expresados por los entrevistados dan cuenta, en primer lugar, de los problemas que la misma enfrenta.

- Consideran que la participación es atomizada, ineficaz, y además utilizada por políticos de todos los niveles y particulares, para sus propios fines.
- Existe, así mismo, un gran desconocimiento del sentido amplio de la participación (y sus mecanismos) por parte de la gente y del modelo que subyace en la ley 100 y su impacto sobre la salud. Esto explica, en parte, que las personas no comprendan la necesidad de cambios estructurales y, entonces, considere que participar es solo irse a quejar y demandar atención, pero no proponer. Todo esto suma para que exista un escepticismo generalizado en cuanto a las políticas en salud.

A partir de lo anterior resultan necesarias diversas estrategias para ampliar y cualificar la participación en salud que los entrevistados enmarcan así.

- Formación ciudadana.
- Conversaciones regionales en los que la gente comprenda la necesidad de cambio.
- Estrategias alternativas y amplias son las que permitirían una mejor participación, incluidos espacios como ligas de usuarios o juntas directivas, en las que, desafortunadamente, la participación de las personas no es la más cualificada.
- Un nuevo sistema de salud operado territorialmente requeriría de mecanismos de participación y de toma de decisiones regionales y municipales que permitan el trabajo entre

funcionarios, decisores de política y comunidades, que son las que conocen sus territorios, pues cobastante frecuencia se observa que los diagnósticos y las políticas son decididas técnica y unilateralmente.

Respecto a los mecanismos de vigilancia y control en un nuevo sistema de salud, antes de formular alternativas, buena parte del relato de los entrevistados se centra en las dificultades ya existentes.

La más dramática es, quizá, la inoperancia de entes de control como la Contraloría, la Procuraduría, la Fiscalía, y la misma Superintendencia Nacional de Salud, entidades en las que sus directores son elegidos como cuotas políticas de grupos económicos (dueños de las EPS) y políticos, por lo que su capacidad de investigar y sancionar es bastante limitada.

- Un primer paso, en la vía correcta, sería asegurar que estas entidades funcionaran de manera autónoma frente a círculos de poder, y frente al mismo gobierno.



Una situación que los trabajadores de la salud repiten desde hace 30 años, protestas crecientes por la indignidad laboral. Bogotá, 2018.

- Una segunda necesidad, en términos de control, es la de reestructurar un Consejo Nacional de Salud que de cabida a los actores y representantes de todas las áreas de la salud y no solo a los médicos. Un consejo donde la voz de todos los trabajadores de la salud sea escuchada.

Como parte de los mecanismos de control habría que pensar en sistemas de información fuertes, sólidos, accesibles y abiertos, porque se ha visto durante estos 30 años cómo las EPS reportan medicamentos que nunca han entregado o una serie de servicios que no se han prestado o que niegan, o que les dicen a los pacientes que interpongan las tutelas para que el sistema les pague.

- Para los entrevistados se requiere de un sistema de información robusto a través del cual se pueda estar haciendo esa vigilancia y los entes de control ya existen para ese propósito, no habría que inventar otros.
- Otro elemento en materia de vigilancia y control, señalan, debe ir en la vía de la educación y compromiso de las personas, de los usuarios, de los funcionarios para que, desde cualquier lugar, se haga conciencia y pedagogía de la importancia de un óptimo manejo de todos los recursos.

4.7 Trabajo en salud y formación de los trabajadores de la salud

En este último dominio sobre el que se indagó, se encontró que el 82,03% de los participantes consideran que las especialidades y subespecialidades médicas en el país no se encuentran debidamente reguladas y vigiladas. El 87,46% de los encuestados piensa que los trabajadores de la salud deberían tener un estatuto laboral o régimen especial teniendo en

cuenta los riesgos laborales diferenciales con respecto a otros campos de desempeño.

En cuanto a las actuales condiciones laborales del personal de salud, 89,15% de los encuestados consideran que esas condiciones coartan la autonomía de su ejercicio profesional. De estos, el 78,71% considera que esto sucede por:

- ▶ Restricciones sobre los profesionales en la formulación de medicamentos, procedimientos, ayudas diagnósticas, interconsultas, etc.;
- ▶ Exigencias de las EPS e IPS de reducción de gastos;
- ▶ Sobrecarga y estrés laboral,
- ▶ Condicionamiento de estabilidad laboral y
- ▶ Tiempo limitado en consultas.

Pregunta	n	%
¿Se encuentran debidamente reguladas y vigiladas las especialidades y subespecialidades médicas en el país?		
Si	53	17,97
No	242	82,03
¿Los trabajadores de la salud deberían tener un estatuto laboral o régimen especial teniendo en cuenta los riesgos laborales diferenciales con respecto a otros campos de desempeño?		
Si	258	87,46
No	37	12,54
¿Cree que las actuales condiciones laborales del personal de salud en Colombia coartan la autonomía de su ejercicio profesional?		
Si	263	89,15
No	32	10,85
¿Por qué pasa esto?		
Restricciones a los profesionales en formulación de medicamentos, procedimientos, ayudas diagnósticas, interconsultas, etc.	22	8,37
Exigencias de las EPS e IPS de reducción de gastos	17	6,46
Sobrecarga y estrés laboral	6	2,28
Condicionamiento de estabilidad laboral	6	2,28
Tiempo limitado en consultas	5	1,90
Todas las anteriores	207	78,71

Tabla 7. Trabajo en salud y formación del talento humano

Estatuto laboral y autonomía

Los temas sobre un estatuto laboral para los trabajadores de la salud y la autonomía profesional, también fueron indagados en las entrevistas realizadas.

Gran parte de los entrevistados encuentra una relación entre ambos, pues un estatuto laboral mediante el cual se brinden mejores condiciones para los trabajadores de la salud iría también en la vía de recuperar y fortalecer su autonomía y, por ende, la calidad en la atención.

- Un estatuto que brinde protección y estabilidad a los trabajadores permitiría que estos ejerzan su saber y autonomía, sin que el principal condicionante para ello sea las reglas impuestas por los empleadores mediante las cuales se limitan los criterios y prescripciones diagnósticas y terapéuticas.
- Empleadores de diferente nivel, como las EPS e IPS, quienes bajo la lógica financiera, restringen el ejercicio a los profesionales mediante la opción, siempre latente, de sanciones y despidos.
- La otra cara de la moneda de la autonomía médica está soportada en la ética y autorregulación de los profesionales de la salud y el uso de su conocimiento y criterio diagnóstico para formular exámenes, medicamentos o procedimientos que los pacientes en realidad requieran.
- La autonomía implica una doble responsabilidad: que el sistema de salud respete la autonomía profesional, y que los profesionales de la salud se ajusten al rigor de los códigos de ética y autorregulación, para que no sufran limitaciones en su autonomía.



Protestas de los trabajadores de la salud durante la Pandemia, abril 21 de 2020. Foto Inaldo Pérez, publicada por RCN , tomada en redes sociales.

En las entrevistas también se consultó la opinión respecto a la formación de los trabajadores de la salud. Sobre este ámbito emergió una fuerte crítica hacia la academia.

- Varios entrevistados señalan que la academia se plegó al modelo mercantilista y bio medicalizado que caracteriza al sistema de salud desde la Ley 100. Esto es, que se han dedicado a formar profesionales funcionales a un sistema de estas características y, como se ha mencionado en otros apartados, esto no otorga un papel central a los planes, programas y estrategias en salud pública.
- Al actuar de manera funcional con este modelo, las universidades, igualmente, han obtenido grandes ganancias económicas mediante el ofrecimiento de programas académicos, al tiempo que han sido cooptadas por todo tipo de intereses, convirtiéndose, por ejemplo, en grandes contratistas gubernamentales.
- Otro elemento señalado es que la academia realiza sus procesos formativos de espaldas a las realidades en salud de las comunidades en los territorios.

- Ha sido costumbre en la enseñanza en salud mirar la realidad a través de una producción desenfundada de artículos académicos que mucha gente ni siquiera lee.
- La academia ha asumido, por otro lado, que con cartas y comunicados se transforma la realidad; por el contrario, estos y otros mecanismos como la participación en ciertos escenarios terminan ayudando a los gobernantes a legitimar sus decisiones.
- Algunos entrevistados atribuyen ese distanciamiento de la realidad por parte de la academia al hecho de que el conocimiento que allí se produce se da a partir de las ciencias de la salud y, con frecuencia, esto es considerado como suficiente y que no se requieren otro tipo de saberes.
- Un reposicionamiento de la academia en salud y sus profesionales implica que la primera reconozca el valor de los conocimientos y los saberes de las comunidades.
- En este sentido, señalan, que las políticas, proyectos o las investigaciones deberían ser realizadas siempre dando lugar a todos los conocimientos presentes en un contexto, de manera articulada y sin imponer alguno en particular.
- La academia también debería dialogar con otros actores de manera más frecuente y efectiva, para reflexionar respecto al papel que deberían tener todos los trabajadores de la salud en el marco de un nuevo sistema de salud, por ejemplo, que fuese sustentado en la APS y en la intervención sobre los determinantes sociales de la salud.
- Por último, se señala en las entrevistas, la academia también debería ser más contundente en realizar ejercicios críticos sobre los procesos formativos que adelanta. Las investigaciones no deberían ser solo para comprender fenómenos externos, sino que deberían alimentar reflexiones respecto a dónde se está fallando, por qué, y cómo corregir allí donde haya necesidad.

5. Un nuevo modelo de sistema de salud pasa, también, por un nuevo modelo de país

Desde el 2005 los distintos gobiernos y legisladores han faltado a su deber constitucional de reglamentar la Ley Estatutaria de la Salud (LES), instrumento que eleva a la salud a la jerarquía de derecho fundamental en conexidad con el derecho a la vida y su condición de inviolabilidad.

El Estado endosó su rol de garante a la empresa privada que, durante 30 años, ha manejado miles de millones de pesos de dinero público de la salud, para su beneficio financiero impidiendo la

disponibilidad, accesibilidad, calidad, oportunidad, continuidad y libre elección para el goce efectivo de este derecho.

Una dinámica comercial que corrompió la relación sagrada médico-paciente y cuya intermediación financiera destruyó la medicina como profesión sometiendo a los trabajadores de la salud a condiciones laborales indignas y a cumplir órdenes al servicio del lucro de las empresas intermediarias.

Llamamiento político en defensa del derecho fundamental a la salud

- § Un nuevo modelo de salud debe responder a las necesidades de la población en sus territorios y a la atención primaria en salud en condiciones de universalidad, equidad, continuidad, e interculturalidad.
- § Un nuevo sistema debe recuperar la responsabilidad que tiene el Estado sobre el derecho fundamental a la salud y no subordinarlo a una lógica mercantil entregando sus recursos públicos a las empresas administradoras de planes de beneficio las cuales, también, deben ser eliminadas.
- § Un nuevo modelo de salud se debe sustentar en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para la construcción del bienestar individual y social y eliminar la enfermedad como instrumento de ganancia cómo está concebida en el actual sistema.
- § Un nuevo sistema debe asegurar una asignación financiera suficiente para garantizar el derecho fundamental a la salud mediante una tributación equitativa, con recursos parafiscales,

del SOAT y de las ARL, y otros impuestos sobre diversos productos de consumo que impactan directamente la salud.

- § Un nuevo sistema debe asignar los recursos recaudados por la nación y los departamentos de manera directa a las instituciones de los distintos niveles de atención en salud en los territorios y asegurar su manejo técnico y transparente.

- § Un nuevo modelo de salud debe contar con organismos de vigilancia y control independientes, herramientas para verificar y sancionar, soportado en un sistema de información en línea (big data), abierto y transparente para superar fragmentación y dispersión de datos y contribuir, de manera efectiva, contra la corrupción.

- § Un nuevo sistema se debe fundamentar en la Atención Primaria en Salud (APS) soportada en una red pública, recuperada y fortalecida (hospitales generales y universitarios, clínicas, centros de salud, diagnósticos, etc.), a la que



Los indígenas Embera Dóbida del pueblo de Nuevo Olivo han tenido que



concurran prestadores de servicios en salud públicos y privados, y lo cual asegure el flujo y contraflujo de todos los ciudadanos colombianos, independientemente de su estatus socio-económico, por los diferentes niveles de atención con criterios de oportunidad, integralidad y calidad.

§ El nuevo modelo de prestación de servicios de salud en los territorios debe operar en redes de atención integral con capacidad resolutoria desde los primeros niveles de atención, para asegurar la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las distintas comunidades y poblaciones.

§ Un nuevo sistema de salud debe recoger y sistematizar los datos de los pacientes, sus historias clínicas, diagnósticos, formulaciones y atención y consignarlas en una base de información única en red y disponible para consultar en línea, como base fundamental en la toma de decisiones en salud pública, políticas en prevención y para la investigación social y científica.

§ En un nuevo sistema de salud los factores económicos y sociales que son generadores de enfermedades y limitan o impiden el bienestar de la población y las comunidades -determinantes sociales de la salud-, como la pobreza, la falta o inadecuada alimentación, la carencia de agua potable y alcantarillado, viviendas precarias, desempleo y ambientes no saludables, deben estar en el centro de la definición de políticas públicas en salud, prevención y promoción.

§ En un nuevo modelo de atención en salud la equidad y la inclusión, junto a la articulación de políticas públicas deben responder a los



Las comunidades indígenas de la cuenca del Alto Río Bojayá viven confinadas por cuenta de la guerra entre ejércitos armados al margen de la ley, marginados y excluidos de todos los derechos. Tawa , Chocó, 2021

§ DSS con enfoque integral, intersectorial, poblacional y epidemiológico, como condición esencial para garantizar la salud y el bienestar individual y colectivo de la población.

§ En un nuevo modelo la gobernanza del sistema de salud debe ser ejercida por el Estado, de forma indelegable y a través del Ministerio de Salud y Protección Social, enfocándose en la progresividad de derechos y en elevar la calidad de la atención a la que tiene la población y que se perdió durante 30 años por la mercantilización de la salud.

§ En un nuevo modelo la formulación de políticas públicas en salud no debe ser de exclusiva potestad del Estado. Toda la sociedad debe participar en sus definiciones, procesos, decisiones y veeduría del sistema garantizando dicha participación en todas las instancias y territorios.

§ Un nuevo modelo de salud pública debe recoger la interculturalidad y diversidad de la geografía humana nacional e incorporar saberes y experiencias de los pueblos indígenas, comunidades negras y ROM mediante la construcción y concertación participativa en el que la academia cumple un rol facilitador de esta visión integral y sistémica.

§ Un nuevo modelo debe asegurar la participación, descentralización y control del sistema mediante la creación del Consejo Nacional de Seguridad Social y de Consejos Territoriales que contribuyan, igualmente, en la definición y construcción de las políticas en salud.

§ Un nuevo modelo de salud debe asegurar el goce efectivo de los derechos laborales de los trabajadores de la salud mediante la creación de un Estatuto Único que protege y dignifica su ejercicio profesional.

§ Un nuevo modelo de salud debe garantizar e incentivar la continua actualización, formación e investigación en salud de sus trabajadores y cuyos aportes deben ser altamente valorados por el beneficio que estos traen a la salud de la población.

§ Un nuevo modelo de salud debe formar y especializar profesionales para responder a la situación socio-sanitaria del país y las necesidades en salud de la población y comunidades en las regiones y territorios.

§ Un nuevo sistema de salud debe considerar la autonomía profesional inquebrantable y bajo la autorregulación y la ética crear las condiciones para su ejercicio sin restricciones. El Estatuto Único de los Trabajadores de la Salud será el garante de que esto se cumpla.



Puerto Matilde, municipio de Yondó, Antioquia. Proyecto productivo de aldea comunitaria. Foto Tatiana Lote, tomada de Periódico UNAL, septiembre 20 de 2018.

Reestructurar el sistema de salud debe ser un mandato superior a los intereses económicos y políticos de unos pocos y demanda la participación de toda la sociedad y la voluntad para hacerlo por parte del congreso y el presidente de la república.

El modelo de aseguramiento y su intermediación financiera impuesto por la Ley 100 debe terminar, para poder acabar con el manejo y lucro que forjan las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios con los recursos públicos de la salud.

Es imprescindible comprender que enriquecerse a partir de la enfermedad y sacrificar la salud y la vida, es inmoral e inhumano.

Un nuevo modelo de sistema de salud pasa, también, por un nuevo modelo de país.

5. Referencias

- 1 **Laurell, AC.** Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. Med social [internet]. 2010 [consultado 20 enero 2022];5(1). Disponible en: <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/403>
- 2 **Homedes N, Ugalde A.** Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. Rev Panam Salud pública [internet]. 2005 [consultado 20 enero 2022];17(3). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8108>
- 3 **Chancel L, Piketty T, Saez E, Zucman, G.** Informe sobre la desigualdad global 2022 [internet]. [consultado 20 enero 2022]. Disponible en <https://wir2022.wid.world/download/>
- 4 **World Bank Group.** Hacia la construcción de una sociedad equitativa en Colombia [internet]. [consultado 20 enero 2022]. Disponible en: [//efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fdocuments1.worldbank.org%2Fcurated%2Fen%2F602591635220506529%2Fpdf%2FMain-Report.pdf&clen=21710433&chunk=true](https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fdocuments1.worldbank.org%2Fcurated%2Fen%2F602591635220506529%2Fpdf%2FMain-Report.pdf&clen=21710433&chunk=true)
- 5 **Departamento Administrativo Nacional de Estadística.** Encuesta Pulso Social diciembre 2021 [internet]. [consultado 20 enero 2022]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/encuesta-pulso-social>

7. Anexo

LEY 1751 DE 2015 (febrero 16)

por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

EL CONGRESO DE COLOMBIA

LEY 1751 DE 2015
(febrero 16)
por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

CAPÍTULO I

Objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes

Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Artículo 2°. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Artículo 3°. Ámbito de aplicación. La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Artículo 4°. Definición de Sistema de Salud. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.

Artículo 5°. Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:

- a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas;
- b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema;
- c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales;

“Una ley estatutaria es aquella que desarrolla los textos constitucionales que reconocen y garantizan los derechos fundamentales. Así mismo, complementan las medidas para garantizar su desarrollo y estricto cumplimiento. En este rango se clasifican normas expedidas sobre empleo, educación, salud, administración de justicia, organización y régimen de partidos políticos, instituciones y mecanismos de participación ciudadana”.

<https://congresovisible.uniandes.edu.co/democracia/congreso/funciones/leyesmayorias/>

d) Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio;

e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto;

f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población;

g) Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas;

h) Realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud;

i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población;

j) Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio.

Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

a) Disponibilidad. El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;

b) Aceptabilidad. Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las

decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad;

c) Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información;

d) Calidad e idoneidad profesional. Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:

a) Universalidad. Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida;

b) Pro homine. Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas;

c) Equidad. El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección;

d) Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas;

e) Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de

salud deben proveerse sin dilaciones;

f) Prevalencia de derechos. El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años;

g) Progresividad del derecho. El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud;

h) Libre elección. Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación;

i) Sostenibilidad. El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal;

j) Solidaridad. El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades;

k) Eficiencia. El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población;

l) Interculturalidad. Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global;

m) Protección a los pueblos indígenas. Para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI);

n) Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.

Parágrafo. Los principios enunciados en este artículo se deberán interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. Lo anterior no obsta para que sean adoptadas acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional como la promoción del interés superior de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección.

Artículo 7º. Evaluación anual de los indicadores del goce efectivo. El Ministerio de Salud y Protección Social divulgará evaluaciones anuales sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad.

Con base en los resultados de dicha evaluación se deberán diseñar e implementar políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.

El informe sobre la evolución de los indicadores de goce efectivo del derecho fundamental a la salud deberá ser presentado a todos los agentes del sistema.

Artículo 8º. La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un

servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

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 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

- a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad;
- b) Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno;
- c) A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante;
- d) A obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los

mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud;

e) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley;

f) A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos;

g) A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma;

h) A que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer;

i) A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos;

j) A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad;

k) A la intimidad. Se garantiza la confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad, de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine;

l) A recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito;

m) A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos;

n) A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley;

o) A no ser sometidos en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer

enfermedades que pueden recibir tratamiento;

p) A que no se le trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio;

q) Agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad.

Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad;

b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención;

c) Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas;

d) Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud;

e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema;

f) Cumplir las normas del sistema de salud;

g) Actuar de buena fe frente al sistema de salud;

h) Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio;

i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.

Parágrafo 1°. Los efectos del incumplimiento de estos deberes solo podrán ser determinados por el legislador. En ningún caso su incumplimiento podrá ser invocado para impedir o restringir el acceso oportuno a servicios de salud requeridos.

Parágrafo 2°. El Estado deberá definir las políticas necesarias para promover el cumplimiento de los deberes de las personas, sin perjuicio de lo establecido en el parágrafo 1°.

Artículo 11. Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo,

desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención.

En el caso de las mujeres en estado de embarazo, se adoptarán medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud.

Parágrafo 1°. Las víctimas de cualquier tipo de violencia sexual tienen derecho a acceder de manera prioritaria a los tratamientos psicológicos y psiquiátricos que requieran.

Parágrafo 2°. En el caso de las personas víctimas de la violencia y del conflicto armado, el Estado desarrollará el programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas de que trata el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011.

CAPÍTULO II

Garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud

Artículo 12. Participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. Este derecho incluye:

a) Participar en la formulación de la política de salud, así como en los planes para su implementación;

b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema;

c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos;

d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías;

- e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud;
- f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud;

- g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.

Artículo 13. Redes de servicios. El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.

Artículo 14. Prohibición de la negación de prestación de servicios. Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia.

El Gobierno Nacional definirá los mecanismos idóneos para controlar el uso adecuado y racional de dichos servicios y tecnologías en salud.

Parágrafo 1°. En los casos de negación de los servicios que comprenden el derecho fundamental a la salud con independencia a sus circunstancias, el Congreso de la República definirá mediante ley las sanciones penales y disciplinarias, tanto de los Representantes Legales de las entidades a cargo de la prestación del servicio como de las demás personas que contribuyeron a la misma.

Parágrafo 2°. Lo anterior sin perjuicio de la tutela.

Artículo 15. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o

mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;

- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;

- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;

- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;

- e) Que se encuentren en fase de experimentación;

- f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad.

Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar lo señalado en el presente artículo. En este lapso el Ministerio podrá desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicios o tecnologías de salud.

Parágrafo 2°. Sin perjuicio de las acciones de tutela presentadas para proteger directamente el derecho a la salud, la acción de tutela también procederá para garantizar, entre otros, el derecho a la salud contra las providencias proferidas para decidir sobre las demandas de nulidad y otras acciones contencioso administrativas.

Parágrafo 3°. Bajo ninguna circunstancia deberá entenderse que

los criterios de exclusión definidos en el presente artículo, afectarán el acceso a tratamientos a las personas que sufren enfermedades raras o huérfanas.

Artículo 16. Procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud. Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios de salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley.

CAPÍTULO III

Profesionales y trabajadores de la salud

Artículo 17. Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.

Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente.

La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias.

Parágrafo. Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas o dádivas a profesionales y trabajadores de la salud en el marco de su ejercicio laboral, sean estas en dinero o en especie por parte de proveedores; empresas farmacéuticas, productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos, dispositivos y/o equipos médicos o similares.

Artículo 18. Respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud. Los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para

incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales.

CAPÍTULO IV

Otras disposiciones

Artículo 19. Política para el manejo de la información en salud. Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros.

Los agentes del Sistema deben suministrar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones que se determine.

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.

Artículo 21. Divulgación de información sobre progresos científicos. El Estado deberá promover la divulgación de información sobre los principales avances en tecnologías costo-efectivas en el campo de la salud, así como el mejoramiento en las prácticas clínicas y las rutas críticas.

Artículo 22. Política de Innovación, Ciencia y Tecnología en Salud. El Estado deberá establecer una política de Innovación, Ciencia y Tecnológica en Salud, orientada a la investigación y generación de nuevos conocimientos en salud, la adquisición y producción de las tecnologías, equipos y herramientas necesarias para prestar un servicio de salud de alta calidad que permita el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Artículo 23. Política Farmacéutica Nacional. El Gobierno Nacional establecerá una Política Farmacéutica Nacional,

programática e integral en la que se identifiquen las estrategias, prioridades, mecanismos de financiación, adquisición, almacenamiento, producción, compra y distribución de los insumos, tecnologías y medicamentos, así como los mecanismos de regulación de precios de medicamentos. Esta política estará basada en criterios de necesidad, calidad, costo efectividad, suficiencia y oportunidad.

Con el objetivo de mantener la transparencia en la oferta de medicamentos necesarios para proteger el derecho fundamental a la salud, una vez por semestre la entidad responsable de la expedición del registro sanitario emitirá un informe de carácter público sobre los registros otorgados a nuevos medicamentos incluyendo la respectiva información terapéutica. Así mismo, remitirá un listado de los registros negados y un breve resumen de las razones que justificaron dicha determinación.

Parágrafo. El Gobierno Nacional, por intermedio del Ministerio de Salud y Protección Social, estará a cargo de regular los precios de los medicamentos a nivel nacional para los principios activos. Dichos precios se determinarán con base en comparaciones internacionales. En todo caso no podrán superar el precio internacional de referencia de acuerdo con la metodología que defina el Gobierno Nacional.

Se regularán los precios de los medicamentos hasta la salida del proveedor mayorista. El Gobierno Nacional deberá regular el margen de distribución y comercialización cuando este no refleje condiciones competitivas.

Artículo 24. Deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas. El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad.

Artículo 25. Destinación e inembargabilidad de los recursos. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente.

Artículo 26. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

El Presidente del honorable Senado de la República,
José David Name Cardozo.

El Secretario General del honorable Senado de la República,
Gregorio Eljach Pacheco.

El Presidente de la honorable Cámara de Representantes,
Fabio Raúl Amín Saleme.

El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes,
Jorge Humberto Mantilla Serrano.

REPÚBLICA DE COLOMBIA - GOBIERNO NACIONAL

Publíquese y cúmplase.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Sentencia C-313 de fecha veintinueve (29) de mayo de dos mil catorce (2014) - Sala Plena - Radicación: PE-040, y al Auto 377 del tres (3) de diciembre de dos mil catorce (2014) –Sala Plena–, proferidos por la Honorable Corte Constitucional, se procede a la sanción del proyecto de ley, la cual ordena la remisión del expediente al Congreso de la República, para continuar el trámite de rigor y posterior envío al Presidente de la República.

Dada en Bogotá, D. C., a 16 de febrero de 2015.

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN

El Ministro de Salud y de la Protección Social,
Alejandro Gaviria Uribe.

Fuente:

<http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/30019746>

Expresamos nuestros agradecimientos a todas las personas, agremiaciones y entidades que en el desarrollo del proyecto **Hacia un nuevo modelo de sistema de salud en Colombia: sin "añadidura", NO hay SALUD,** expresaron su interés y apoyo, particularmente, a las 297 personas que diligenciaron la encuesta -en su mayoría mujeres-, trabajadores de la salud, personas del sector social y ciudadanía en general, así como a quienes aceptaron y dieron entrevistas:

Aura Balanta Carreño, de la escuela de Saberes Ancestrales para el derecho propio; Ana María Soleibe, presidenta Médicos Unidos de Colombia; Edilma Suárez Castro, presidenta de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC); Elizabeth Beltrán, miembro de la junta directiva del Colegio Médico de Bogotá D.C. (CMB); Marlene Isabel Vélez De la Vega, presidenta Colegio Nacional de Bacteriología; Olga Lucia Zuluaga, directora de la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos (ACESI); César Jerez, líder Movimiento Zonas de Reserva Campesina y de la Cumbre Agraria; Félix León Martínez, presidente de la Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social, Fedesalud; Gilberto Muñoz, líder de la Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca (ACIN), Hernando Nieto Enciso, miembro de la Asociación Colombiana de Salud Pública Colombia; Jesús María Díaz Buriticá, representante legal de la Corporación Colectivo Intersindical de Salud Ocupacional; Pedro Contreras, presidente de la Asociación Médica Sindical Nacional (ASMEDAS); a las personas que nos solicitaron no ser mencionadas en este documento; a otras por sus sugerencias y recomendaciones en distintos momentos del desarrollo del proyecto; y a las organizaciones e instituciones sociales y de la salud que nos apoyaron facilitándonos sus bases de datos, gracias.

Destacamos la convicción, disposición y amistad del médico José Pablo Escobar Vasco, decano de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, y la del grupo investigador bajo la dirección del profesor Steven Orozco Arcila, quienes se implicaron con relevantes aportes en el desarrollo de la iniciativa.

Deseamos hacer una mención especial a la directora de la Asociación de Trabajo Interdisciplinario ATI, la antropóloga Juliana Millán Guzmán, cuyas calidades y cualidades humanas y profesionales crearon un tejido de afecto y confianza bajo un interés común: comprender las falencias del sistema de salud y el impacto que tienen los determinantes sociales de la salud sobre la salud colectiva e individual.

muchas gracias a todos



