

NUEVO MODELO DE SALUD EN COLOMBIA

**JUAN MANUEL LAMPREA OSPINA
DIEGO RAUL RAMOS CASTRO
EDWIN FERNANDO ROBAYO BERNAL**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DESALUD
BOGOTÁ D.C.**

2016

NUEVO MODELO DE SALUD EN COLOMBIA

**JUAN MANUEL LAMPREA OSPINA
DIEGO RAUL RAMOS CASTRO
EDWIN FERNANDO ROBAYO BERNAL**

**Trabajo de grado para optar el título de Especialista en Gerencia de Servicios
de Salud**

Asesor: Dr. Oswaldo Sánchez Villalobos

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
BOGOTÁ D.C.**

2016

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá, D.C.,

AGRADECIMIENTOS

Primero que todo le agradezco infinitamente a Dios por haberme dado la fe y la fuerza para culminar mis estudios en Gerencia en Salud. Mi agradecimiento a todas las personas y representantes de la Institución que hicieron posible la realización de este proyecto por lo cual siempre les estaré enormemente agradecido y en especial con Dios por haberlos puesto en mi camino.

EDWIN FERNANDO ROBAYO BERNAL

Gracias a Dios por permitirme alcanzar una nueva victoria en mi formación académica, bendicirme con más conocimientos, por las valiosas amistades y agradables experiencias.

Hacer un reconocimiento a nuestro asesor de trabajo de grado, al Doctor Oswaldo Sánchez por su esfuerzo, dedicación, su persistencia, y constante apoyo en nuestro proceso de aprendizaje, además nos permitió confirmar que una de las bases fundamentales para un óptimo resultado es el trabajo en equipo. Solo nos resta por decirle muchas gracias por ser una persona digna de admirar, ya que logro hacer de algo difícil, una tarea más sencilla, la cual fortaleció de manera destacable nuestros conocimientos.

Gracias a todas las personas de la universidad UNICOC, especialmente al Doctor Antonio Gómez y a todo el grupo de docentes por su disposición, amabilidad y profesionalismo, frente a todo lo que intervino en nuestra formación como especialistas.

Para terminar, queremos agradecer a nuestras maravillosas familias y seres queridos por su apoyo incondicional frente a nuestro propósito de ser cada día mejores personas.

DIEGO RAUL RAMOS CASTRO

DEDICATORIA

Ante todo y con toda la humildad de mi corazón, dedico este proyecto de grado a Dios nuestro creador, a mi hijo Anderson, a mi esposa y a mis Padres, que son motores de mi vida, me motivan a superarme y mejorar cada día más.

Finalmente y con profundo amor desde el fondo de mi alma, mil gracias por su confianza a todas las personas que creyeron en mí y que están a mi lado, los amo mucho.

EDWIN FERNANDO ROBAYO BERNAL

Ofrezco esta dedicatoria a Dios por haberme bendecido con una familia maravillosa, en especial a mis princesas Camila y Tatiana Ramos, a mi esposa Alix por su apoyo incondicional, gracias a ustedes que han sido mi motor de superación, humildad y sacrificio para lograr y alcanzar esta nueva meta, la cual quiero compartir y quedar dispuesto también a hacer parte de sus triunfos.

DIEGO RAUL RAMOS CASTRO

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
1.2 JUSTIFICACIÓN	12
2. OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GENERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3. MARCO DE REFERENTES TEÓRICOS	14
3.1 HISTORIA DE LOS MODELOS EN SALUD	14
3.2 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	15
4. METODOLOGÍA	25
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	26
6. RESULTADOS Y ANÁLISIS	27
7. CONCLUSIONES	45
BIBLIOGRAFÍA	47

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Integrantes del SGSSS	16
Tabla 2. Comparativo de los principios de la Ley 100/1993 y la Ley 1751/2015	27
Tabla 3. Relación comparativa de los derechos de los usuarios consagrados en la Ley 1751 de 2015 y Ley 100 de 1993	29

LISTA DE GRÁFICOS

	pág.
Gráfico 1. Dificultades del SGSSS	25
Gráfico 2. Gestión de Salud – Mía	36
Gráfico 3. Modelo comparativo del actual sistema de salud frente al MIAS	43

INTRODUCCIÓN

En la víspera de la navidad del año 1993, el Congreso de la República de Colombia promulgó la Ley 100, la cual creó el sistema de seguridad social integral para el país; esta Ley fue expedida para que el Sistema Nacional de Salud de entonces, estuviera en las condiciones que había generado la expedición de la Constitución Política de 1991.

La implementación y el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado por la Ley 100 de 1993 para prestar los servicios de salud en el país, bajo un modelo de aseguramiento, lo cual era desconocido para la población, puesto que el Sistema que hasta ese momento funcionaba era un sistema centralizado y con un déficit financiero importante, evidente en los problemas que presentaban muchos de los hospitales en el país. Con el tiempo, los usuarios conocieron la forma de la adecuada utilización de los servicios, y se logró el aumento de la cobertura en salud de un 27% a cifras por encima del 90%, pero con una situación poco favorable de accesibilidad, sobre todo en zonas rurales o poblaciones medianas y pequeñas del territorio nacional.

El hecho que los aportes al sistema fueran recolectados por las EPS, por delegación del FOSYGA, generó situaciones por el manejo bajo contención del gasto, como que las remisiones a especialistas se demoren, ciertos medicamentos y exámenes especializados son lentos en el proceso de autorización, lo que conduce a los usuarios a utilizar la herramienta constitucional de la tutela para la obtención de la prestación de servicios.

Ante este panorama, el Ministerio de Salud y de la Protección Social presentó en el año 2013, un proyecto de Ley para la reforma de la Salud, proceso que finalizó el 16 de febrero del año 2015 con la expedición de la Ley estatutaria de Salud (Ley 1751), para la creación del Modelo Integral de Atención en Salud, el cual se

encuentra en el proceso de socialización e implementación, por parte del Ministerio de Salud.

Este trabajo se realizó con la finalidad de hacer un estudio comparativo, realizado a través de una revisión de literatura acerca del tema, con el objetivo de identificar las características del Nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), para Colombia y compararlo con el SGSSS que existe bajo la Ley 100 de 1993.

El desarrollo del tema pasa por conceptos básicos acerca del funcionamiento actual del SGSSS, que fueron comparados con los resultados en el capítulo respectivo. Se ha visto que la mayoría de usuarios y aún prestadores, no poseen la información del Nuevo Modelo, por lo cual este documento constituye una excelente oportunidad de difusión del mismo al sector Salud.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A la luz de los cambios constitucionales promulgados en la Carta Magna de Colombia del año 1991, el Congreso de la República expidió el 23 de diciembre de 1993, la Ley 100; la cual, con el objetivo de transformar el anterior Sistema Nacional de Salud, modelo organizacional vertical, con un perfil asistencialista estatal y que no llegó sino a una cobertura efectiva del 27 %¹. La Ley 100 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con base en el principio de aseguramiento de la población a través de entidades administradores, denominadas Empresas Promotoras de Salud (EPS), quienes actúan como intermediarias del servicio de salud, el cual prestan con Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de carácter propio o contratadas.

La afiliación al SGSSS se realiza a través de dos regímenes, "el contributivo, para quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes, y el subsidiado, para quienes no tienen dicha capacidad y a quienes el Estado debe financiarles parcial o totalmente el valor del seguro obligatorio"².

Desde la promulgación de la Ley 100, El Ministerio de Salud y Protección Social, siempre ha estado interesado en lograr una cobertura total de prestación de servicios de salud, en el país. El análisis de la situación reciente del modelo de prestación de servicios de salud, llevó al Ministerio a concluir que sí se ha logrado una mayor cobertura, pero a través de un crecimiento desordenado que ha generado un desequilibrio financiero del SGSSS, porque no hay financiación del mismo, conduciendo al crecimiento de las deudas de las entidades territoriales y de las EPS con los prestadores de servicio de salud, tanto públicos como privados³.

¹ SALUD COLOMBIA. La Reforma. [en línea]. [consultado 8, mar., 2016]. Disponible en Internet: <<http://www.saludcolombia.com/actual/lareform.htm>>

² Ibid. p. 1

³ COLOMBIA.MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Hacia un nuevo modelo de salud: Porque los colombianos tenemos derecho a un servicio de salud oportuno y con calidad. [en

Lo anterior, sumado a una serie de factores, que serán elementos dentro del análisis planteado en el presente documento, condujeron al Ejecutivo a declarar una Reforma de la Salud en Colombia y cuyo fruto es el Nuevo Modelo de Salud, el cual se constituye en el tema de este trabajo.

1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo a lo planteado, el presente trabajo busca responder a la pregunta: ¿Cuáles son las características del Nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), para Colombia?

1.2 JUSTIFICACIÓN

Desde la perspectiva de la Gerencia en Salud, y partiendo de la definición de gerencia como “el arte y ciencia de trabajar con y a través de un equipo de personas hacia el logro de los objetivos de una organización. Esto implica construir un cuerpo de conocimiento sobre dicha actividad, y que la actividad del gerente involucre relación con otras personas para lograr los objetivos de la organización”⁴, es importante conocer los cambios que el nuevo modelo de salud plantea, frente al SGSSS que generó la Ley 100 de 1993; igualmente, es importante identificar el manejo administrativo a partir de la implementación del nuevo modelo.

Como Gerentes en Salud, es necesario estar actualizados en todo lo relacionado con el manejo del Sistema de Salud en el país, porque esto permitirá el poder desempeñarse, tanto en el sector público como en el privado, de una manera idónea y siempre desarrollada en el beneficio de los usuarios del ente gerenciado.

línea]. Enero de 2014. [consultado 8, mar., 2016]. pp. 1-11- Disponible en Internet: <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/abc-nuevo-modelo-salud-enero-2014.pdf>>

⁴ CHIRINOS, A. y RINCÓN, S. Análisis estratégico de la gerencia de investigación desarrollo de los parques tecnológicos. Revista Venezolana de Gerencia. [en línea] 2006; vol. 36, no. 11. [citado 28, mar., 2016]. pp. 595-614. Disponible en Internet: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc>>

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las características del Nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), para Colombia

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las diferencias del Nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), frente al SGSSS, que se creó por la Ley 100 de 1993.

Establecer el proceso administrativo que se plantea en el Nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

3. MARCO DE REFERENTES TEÓRICOS

3.1 HISTORIA DE LOS MODELOS EN SALUD

El Dr. Julio Mario Orozco Africano en el año 2006, escribió al respecto:

Históricamente, existen tres periodos en los cuales se pueden apreciar los cambios más importantes que ha presentado la prestación del servicio de salud. El primero se inicia con la promulgación de la Constitución de 1886 hasta mediados de 1950 y en donde prevaleció lo que se puede denominar como el "modelo higienista" (Minsalud y DNP, 1990). Bajo este modelo, la provisión de salubridad pública se limitaba a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud tenía que ser financiada por los propios usuarios o por algunas instituciones religiosas de caridad. Hacia 1945 se crea la Caja Nacional de Previsión que atendía la salud de los empleados públicos y, para 1946, se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (hoy Instituto de Seguros Sociales) que atendía a los empleados del sector privado formal (PNUD, 1998).

El segundo periodo, que va desde 1970 hasta 1989, se caracteriza por la creación del Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de subsidios a la oferta, en el entendido que los recursos del gobierno central para la salud eran transferidos a la red de instituciones públicas hospitalarias. En este periodo, el servicio de salud se convierte en parte integral de la planeación socioeconómica del país. También se crea un esquema tripartito (estado - empleadores - empleados) de financiación para la prestación de los servicios de salud a la población trabajadora formal (PNUD, 1998); sin embargo, tal Sistema seguía sin proporcionar una atención integral en salud a la población de escasos recursos.

El tercer periodo arranca desde 1990, con la expedición de la Ley 10 en acuerdo con el artículo 36 de la Constitución Política del 86 que elevó el servicio de salud al rango de servicio público, hasta la actualidad. En este periodo hubo dos fuerzas importantes que determinaron los cambios institucionales que experimentó el sistema de salud pública en Colombia. La primera es la Constitución Política de 1991, según la cual Colombia se declara como un Estado Social de Derecho que consagra la vida como un derecho fundamental e inviolable (Art.11, Constitución Política de Colombia, 1991). De allí se deriva la obligatoriedad jurídica para la provisión de servicios de salud por parte del Estado (y/o agentes particulares delegados por éste) en aras de garantizar el mencionado derecho fundamental. Algunos autores como Garay interpretan el cambio constitucional como una transición de un Estado de bienestar o benefactor a un Estado social o post-benefactor, menos paternalista pero más preocupado por garantizar derechos civiles, sociales y políticos. Bajo este marco, la Constitución de 1991 eleva a la Seguridad Social como "un servicio público de carácter obligatorio" (Art.48), dentro de la cual "la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado" (Art.49).

La segunda fuerza es el conjunto de reformas estructurales emprendido con gran ímpetu a partir de 1990 y que siguió los lineamientos del Consenso de Washington. Las reformas estructurales tendientes a la privatización de algunas empresas del Estado, en combinación con la creación de incentivos de mercado para la competencia en la prestación de servicios sociales como la salud, inspiraron la concepción del esquema de competencia regulada que se instauró en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993. Vale decir que Chile fue el país pionero en Latinoamérica en introducir este tipo de incentivos de mercado para la prestación de servicios de salud a comienzos de los años ochenta. La característica distintiva del modelo chileno, y la versión correspondiente del mismo para el caso colombiano, es la creación de un Sistema de aseguramiento para la provisión de servicios a través de una red privada de instituciones (Berman y Bossert, 2000).

Como resultado de la interacción de las dos fuerzas mencionadas, la Ley 100 de 1993 promovió la participación de los agentes privados en el aseguramiento y la provisión de servicios de salud bajo un esquema de solidaridad en la financiación del aseguramiento para los más pobres.⁵

3.2 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

El 23 de Diciembre de 1993, el Congreso de la República de Colombia, expide la Ley 100, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Integral, en el cual se incluye el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), basado en un esquema de *Competencia Regulada* que plantea la prestación de los servicios de salud mediante una red de entidades públicas y privadas que compiten por el aseguramiento de la población, supervisadas y reguladas por el Estado⁶. El SGSSS, se divide en dos regímenes de afiliación, el Contributivo que afilia a "las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago"⁷, financiado por los aportes de los empleadores y empleados, .El segundo

⁵ OROZCO AFRICANO, Julio Mario. Caracterización del mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia. [en línea]. Eumed.net. Enciclopedia virtual. [Facultad de Derecho de la Universidad de Málaga, España]: Cartagena, Colombia. 2006. Disponible en Internet:

<<http://www.eumed.net/libros-gratis/2008b/386/Antecedentes%20del%20Sistema%20General%20de%20Seguridad%20Social%20en%20Salud.htm>>

⁶ Ibid. p. 8

⁷ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100. (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 1993. no. 41148. p. 1-168.

se denomina Subsidiado, que vincula a la población pobre y vulnerable que ha sido previamente identificada por el Estado, financiado con el 1% de los aportes del régimen contributivo, a través del Fondo de Solidaridad y otras fuentes de ley⁸. Los objetivos del SGSSS son “regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de la población al servicio, en todos los niveles de atención”⁹. El sistema está integrado por los organismos de dirección, vigilancia y control en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, los organismos de administración y financiación que actúan como instancias aseguradoras y recaudadoras (EPS), las instituciones prestadoras de servicios (IPS), otras entidades de salud, los empleadores, trabajadores y beneficiarios del Sistema y los Comités de Participación Comunitaria; los cuales se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 1. Integrantes del SGSSS

Organismos de dirección, vigilancia y control: Ministerio de Salud Y Protección Social Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud Superintendencia Nacional en Salud
Organismos de administración y financiación: Empresa Promotora de Salud (EPS, ARS, ESS, Cajas de Compensación) Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)
Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (Hospitales, clínicas, centros de salud, etc.) Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Beneficiarios del Sistema (trabajadores formales, independientes, subsidiados y familiares) Comités de Participación Comunitaria

FUENTE: <http://www.bdigital.unal.edu.co/23025/1/19730-65483-1-PB.pdf>

Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) tienen las siguientes funciones:

⁸ OROZCO. Op. cit., p. 8

⁹ CEIPA. Cartilla de Seguridad Social Integral. [en línea]. [consultado 30, mar., 2016]. pp. 1-23. Disponible en Internet: http://aplicaciones.ceipa.edu.co/biblioteca/biblio_digital/virtualteca/cartillas/Cartilla_Seguridad_social_integral_RG_ene_11_-23p.pdf

Ser delegatarias del fondo de solidaridad y garantía para la captación de los aportes de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la seguridad social.

Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las empresas promotoras de salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de ley.

Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.

Remitir al fondo de solidaridad y compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud¹⁰.

El pago de la cotización del régimen contributivo, del empleado dependiente, es del 12.5% del salario mensual, del cual el 8.5% está a cargo del empleador y el 4% a cargo del empleado; en materia pensional es del 16% del salario mensual, de este porcentaje el 12% está a cargo del empleador y el 4% a cargo del empleado. Esa cotización, le permite al cotizante y sus beneficiarios tener acceso al Plan Obligatorio de Salud (POS), el cual incluye acciones de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, atención a las patologías más frecuentes y acceso a la tecnología e infraestructura estándar para dicha atención.

El POS o Plan Obligatorio de Salud, es el conjunto de servicios de salud que todas las EPS, sin excepción, deben prestarles a todas las personas que estén afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud por el Régimen Contributivo.

¿Qué servicios de salud incluye el POS?

Programas de prevención de enfermedades.

Urgencias de cualquier orden, es decir, necesidades que requieren atención inmediata.

¹⁰ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Aseguramiento al sistema general de salud. [en línea] 2014. [consultado 4,abr., 2016]. pp. 1-63. Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/ASL/cartilla__%20movilidad.pdf>

Consulta médica general y especializada en cualquiera de las áreas de la medicina.

Consulta y tratamientos odontológicos (excluyendo ortodoncia, periodoncia y prótesis).

Exámenes de laboratorio y Rayos X.

Hospitalización y cirugía en todos los casos en que se requiera.

Consulta médica en psicología, optometría y terapias.

Medicamentos esenciales en su denominación genérica.

Atención integral durante la maternidad, el parto y al recién nacido.

Estos servicios de atención que le garantiza el POS cubren las necesidades de salud de los colombianos, incluida la atención de enfermedades graves como SIDA y Cáncer.

Ciertos tratamientos con fines estéticos están excluidos del POS.

Algunos son: Cirugía estética con fines de embellecimiento, tratamientos nutricionales con fines estéticos, tratamiento de várices con fines estéticos, curas del sueño, tratamiento o medicamentos experimentales¹¹.

En el Régimen Subsidiado en Salud deben estar afiliadas las personas clasificadas en los niveles 1 o 2 del Sisbén, "siempre y cuando no estén afiliadas al régimen contributivo, especiales o de excepción, y las poblaciones especiales prioritarias, tales como personas en condición de desplazamiento, población infantil abandonada a cargo del ICBF, menores desvinculados del conflicto armado, comunidades indígenas; personas mayores en centros de protección; población rural migratoria; personas del programa de protección a testigos; indigentes y población gitana (conocida como ROM), entre otros"¹².

Según el Departamento Nacional de Estadística (DANE), el dato actual de población en Colombia es de 48'612.618 habitantes, de los cuales 23'990.327 son hombres y 24'622.291 mujeres, para una distribución por género del 49.35% para hombres y del 50.65% para mujeres; en términos demográficos el país tiene un crecimiento natural del 12,08 por cada mil habitantes¹³. El total de población de

¹¹ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Sistema de Seguridad Social en Salud. Régimen Contributivo. [en línea]. 2004. [consultado 31, mar., 2016]. pp. 1-24. Disponible en Internet:

<www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf>

¹² COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Op.cit., p. 37

¹³ COLOMBIA. DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE). Página web. [en línea]. Bogotá. 2016 [consultado 4, abr., 2016]. Disponible en Internet: < <http://www.dane.gov.co/>>

Colombia, la ubica en el puesto 28 del ranking de 288 países del mundo por población¹⁴.

En el año 2009 la Organización Panamericana de la Salud realizó un estudio acerca del perfil del Sistema de Salud de Colombia; en el cual, incluyó dentro del análisis demográfico el siguiente comentario: "Colombia es un país multiétnico y pluricultural, con más de 87 pueblos indígenas diferenciados, que representan el 1.5% de la población total del país, con 64 lenguas nativas vigentes, pertenecientes a 22 familias lingüísticas; los afrocolombianos representan cerca de un 16% de la población colombiana y cerca de 12.000 gitanos"¹⁵.

El estado ha desarrollado políticas de salud para lograr cumplir con el mandato constitucional de la seguridad social como servicio público para los colombianos; las normas que rigen el sistema de Salud en Colombia, se pueden resumir en el siguiente texto de la cartilla de POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD *Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud*, del Ministerio de Salud y Protección Social:

El Sistema General de Seguridad Social en Salud implantado por la Ley 100 de 1993, ha sido reformado en su estructura general a través de diferentes normas, en particular las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011. Así mismo, el componente de salud pública fue desarrollado mediante la Ley 9 de 1979 en cuanto a medidas sanitarias; la Ley 10 de 1990 definió el modelo de descentralización y la ley 715 de 2001 determinó las competencias y la estructura financiera descentralizada. Adicionalmente, la Ley 1164 de 2007 reguló las condiciones del talento humano en salud. A estas normas se deben agregar la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de la Salud y la Ley 1753 de 2013, Plan Nacional de Desarrollo. Este conjunto de normas ha determinado un modelo de aseguramiento social, con integración público--privado y dos regímenes de aseguramiento: subsidiado para aquellos sin capacidad de pago, y contributivo para la población del sector formal y los independientes con capacidad de pago. Nominalmente en Colombia toda la población accede a todas las

¹⁴ WIKIMEDIA. Anexo: Países por población. [en línea]. Argentina 2016. [consultado 5, abr., 2016]. Disponible en Internet:

<https://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Pa%C3%ADses_por_poblaci%C3%B3n>

¹⁵ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Perfil de los sistemas de salud Colombia. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. [en línea]. Bogotá, D.C., Septiembre 2009. [consultado 4, abr., 2016]. pp. 1-74. Disponible en Internet:

<http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Colombia_2009.pdf>

tecnologías en salud a través de dos mecanismos administrativos: el aseguramiento y lo que se ha denominado NO POS (reembolso)¹⁶.

El SGSSS presentó dificultades frente a la prestación oportuna de servicios, aunque la cobertura frente al Sistema Nacional de Salud, aumentó notablemente del 23,5% en 1993, al 94,49% a mediados del año 2015¹⁷. La reforma planteada en la Ley 100 de 1993, presentó entre sus principales propósitos, privatizar la prestación del servicio público de la salud, para acabar con el monopolio del entonces Instituto de Seguros Sociales; abrió la opción a empresas privadas con o sin ánimo de lucro, empresas cooperativas e incluso a otras empresas públicas o mixtas, para competir en la administración y prestación del servicio obligatorio de salud, esas empresas fueron denominadas Entidades Promotoras de Salud (EPS)¹⁸. Además, los hospitales públicos, que eran el eje central del Sistema Nacional de Salud, fueron convertidos en Empresas Sociales del Estado (ESE), como entidades comerciales de origen público, que deberían competir con las clínicas privadas; de acuerdo a lo previsto por la ley para que los recursos que provenían del presupuesto nacional y que financiaban a los hospitales públicos, progresivamente subsidiarían el aseguramiento en salud de la población en el Régimen Subsidiado¹⁹.

A medida que siguió avanzando el SGSSS, el Gobierno dejó de planificar y organizar la prestación de los servicios de salud, dejando que el mercado del aseguramiento decidiera cómo organizar y prestar los mismos, limitándose a

¹⁶ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD "Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud". [en línea]. Bogotá, D.C., Enero 2016. [consultado 5, abr., 2016] pp. 1-92. Disponible en Internet: <>

¹⁷ ASÍ VAMOS EN SALUD. Gráfica-Aseguramiento-Georeferenciado. [en línea]. [consultado 5, abr., 2016]. Disponible en Internet: <<http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/aseguramiento/grafica.ver/15>>

¹⁸ MARTÍNEZ, Félix. La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional? [en línea]. Bogotá, Abril 2013. [consultado 6, abr., 2016]. pp. 1-65. Disponible en Internet: <http://www.fedesalud.org/documentos/EstudiosFD_15_Crisis-seguridad-social-salud-Colombia.pdf>

¹⁹ MARTÍNEZ. Op. cit., p. 4

señalar los servicios que se deben garantizar y realizar un pago por cada ciudadano²⁰, usando para esto el POS y la unidad de pago de capitación (UPC).

Con relación al tema el Dr. Félix Martínez menciona que: "Una investigación del Departamento de Salud Pública del Instituto de Medicina Tropical de Amberes, Bélgica, señala al respecto: (De Groote T, De Paepe P, Unger JP 2007) *Creemos, más bien, que es la ineficiencia del enfoque de la reforma, por subcontratación, lo que ha socavado la reforma de la atención en salud en Colombia*"²¹

Pero, no se puede hablar solo de dificultades del SGSSS, sino que también presenta bondades, dado que se lograron avances como la disminución de las desigualdades en la atención en salud por clase social, que era evidente en el antiguo sistema de salud; el mejoramiento en la prestación de servicios de salud en las zonas rurales, pero no en todo el país; hay mayor población vinculada al sistema, lográndose un mejor nivel de aseguramiento y de acceso a los servicios de salud; se logró ampliar el POS y unificarlo, puesto que al principio existió una gran brecha entre el POS del contributivo y el POS del subsidiado; todos los índices epidemiológicos en salud logran mejores resultados que con el Sistema Nacional de Salud; el Estado realizó una mayor inversión para los hospitales públicos; la política farmacéutica se fortaleció y, se lograron avances normativos, pero es necesaria una reforma en el sistema de salud colombiano²².

Los problemas del sistema no solo fueron analizados por investigadores externos, sino que el mismo Ministerio de Salud y Protección Social analizó la situación del SGSSS y durante los años 2013 y 2014, puso en discusión en diferentes escenarios políticos y del sector salud. Argumentó que era necesaria una reforma del sistema de salud en Colombia, porque se presentaba una percepción negativa y desconfianza por parte de los usuarios del sistema, se percibía además una falta de legitimidad en el Sistema, por la continua negación de los servicios y las permanentes barreras de acceso, por parte de las empresas intermediarias, es

²⁰ Ibid. p. 18

²¹ Ibid. p. 18

²² COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD "Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud". Op. cit., p.5

decir las EPS; a lo anterior se le podía agregar los evidentes problemas de flujo de recursos²³.

Lo anterior, por el crecimiento desordenado de la cobertura de servicios, dado que el aumento de los eventos No Pos, generó un desequilibrio financiero del sistema; es decir, un aumento de la cobertura, pero sin financiación²⁴, generado especialmente por:

- Un crecimiento de las deudas de las entidades territoriales (Servicios Departamentales y Municipales de Salud)
- El igualar los planes de beneficios del Régimen contributivo y el subsidiado, sin que se igualaran también los valores de las UPC.
- La Crisis en varias EPS, lo que condujo a que la cobertura recayera en muchas EPS de dudosa calidad²⁵.

Después de veintidós años de la expedición de la Ley 100 de 1993, apenas en los años 2012-2013, se veía operar plenamente el SGSSS; pues, con el aumento de la cobertura y la igualación de los planes de beneficios se logró establecer de manera plena las condiciones de mercado²⁶.

También el SGSSS presentaba problemas de índole operativo, como las fallas en el flujo de información y de recursos; sumado a problemas de corrupción y falta de transparencia en la cúpula de varias EPS, que generó una falta en la definición del núcleo esencial de la salud como derecho fundamental; a lo anterior, se suma que no existen incentivos para la gestión de riesgo y se nota falta de supervisión y control, por parte de los entes de control²⁷. Con relación a la oferta, hay un déficit

²³ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Hacia un nuevo modelo de salud: porque los colombianos tenemos derecho a un servicio de salud oportuno y con calidad. [en línea]. Bogotá, D.C., Enero de 2014. [consultado 4, abr., 2016]. pp. 1-11. Disponible en Internet: <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/abc-nuevo-modelo-salud-enero-2014.pdf>>

²⁴ Ibid. p. 1

²⁵ Ibid. p. 1

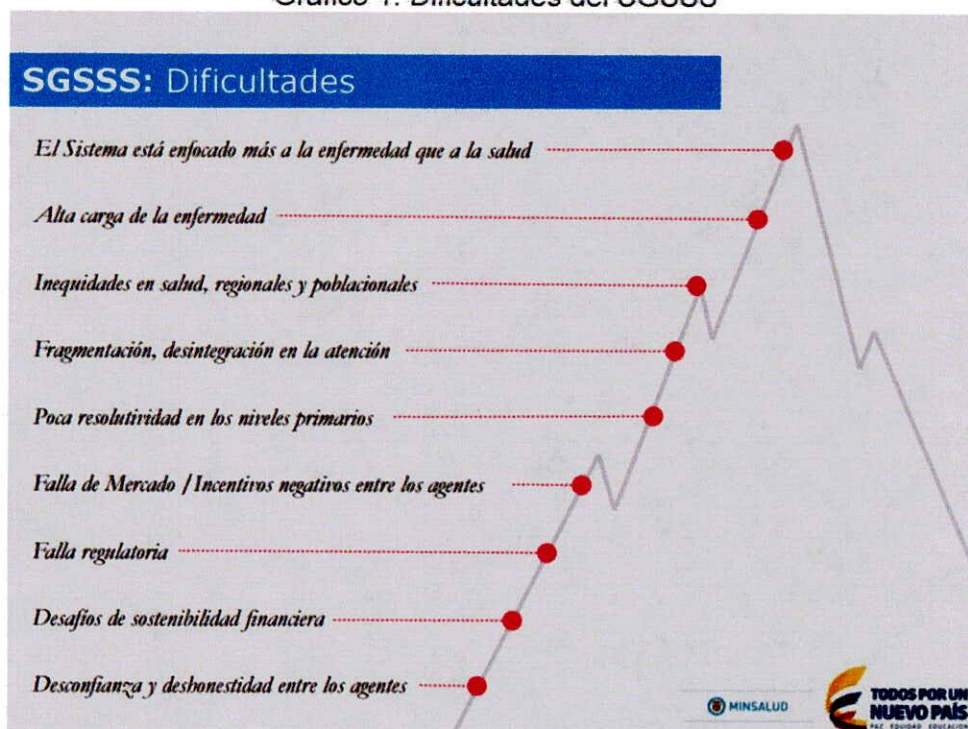
²⁶ Ibid. p. 1

²⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Hacia un nuevo modelo de salud: porque los colombianos tenemos derecho a un servicio de salud oportuno y con calidad. [en línea]. Enero de 2014. [consultado 5, abr., 2016]. pp. 1-11. Disponible en Internet:

de especialistas, carencia de camas y falta de capacidad resolutive de los primeros niveles de atención²⁸.

El Ministerio encontró que el sistema presentaba dificultades, las cuales se observan de manera resumida en el gráfico 1.

Gráfico 1. Dificultades del SGSSS



FUENTE: FERNANDO RUIZ GÓMEZ VICEMINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Política Integral de Atención en Salud "Un sistema de salud al servicio de la gente"

Ante este panorama, en el año 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social, presentó al congreso un proyecto de ley de reforma de la salud, y en palabras del Ministro de Salud en ese momento, Dr. Alejandro Gaviria: "El sector salud se encuentra en una profunda crisis debido a un crecimiento demasiado rápido, desordenado e insostenible y que estamos en la obligación, como Estado, de

<<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/abc-nuevo-modelo-salud-enero-2014.pdf>

²⁸ Ibíd. p. 1

solucionar de manera inmediata”²⁹. Después de los debates correspondientes, se expide el 16 de Febrero del 2015 por parte del Congreso de la República la Ley 1751 de 2015, titulada Ley Estatutaria en Salud; bajo la cual, el Ministerio de Salud podrá definir la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, siendo de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el ámbito de sus funciones y competencias³⁰.

Una Ley estatutaria es un tipo de ley especial que regula derechos y deberes fundamentales de las personas y la administración de justicia en Colombia; por ser especial, debe ser aprobada por la mayoría absoluta de votos en el Congreso de la República, es decir senado y cámara³¹; la Ley 1751 de 2015, es la primera Ley estatutaria sobre derechos sociales, que se hace en Colombia desde que se promulgó la Constitución Política en 1991³².

²⁹ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Estamos ante una crisis de la salud que no da espera. Boletín de Prensa No. 343 de 2013 [en línea]. Bogotá, D.C., octubre 10 de 2013. [consultado 4, abr., 2016]. Disponible en Internet:

<<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/estamos-ante-crisis-salud-ministrogaviria-reformasalud-senado-octubre2013.aspx>>

³⁰ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD “Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud”. Op. cit., p.15

³¹ El Espectador [en línea]. Bogotá, Colombia.17, febrero, 2015. [citado 13, abr., 2016]. Diario. Disponible en Internet: <<http://www.elespectador.com/noticias/salud/10-cosas-debe-saber-sobre-lei-estatutaria-de-salud-articulo-544697>>

³² COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD “Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud”. Op. cit., p.2

4. METODOLOGÍA

Este trabajo corresponde a un estudio comparativo, realizado a través de una revisión de literatura acerca del tema; se abordaron artículos y libros escritos a partir del año 1990, para poder abarcar lo correspondiente al tiempo inmediatamente anterior a la reforma dada por la Ley 100 de 1993 y su correspondiente desarrollo, hasta llegar al tiempo presente del Nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Fueron seleccionados los artículos y libros cuya temática era tanto el Sistema de Seguridad Social Integral, como el SGSSS, los aspectos relacionados con el antiguo Sistema Nacional de Salud y, obviamente, el tema del Nuevo Modelo de Salud.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación se consideró sin riesgo, dando cumplimiento a lo estipulado en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, la cual insta las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, que clasifica las investigaciones en el artículo 11, haciendo referencia a las investigaciones sin riesgo en su inciso a), indicando lo siguiente:

ARTICULO 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

a) Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta³³

³³ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 0008430. (4, octubre, 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, D.C. El Ministerio. 12 p.

6. RESULTADOS Y ANÁLISIS

El primer cambio importante que plantea la Ley 1751, es declarar la salud como derecho fundamental, ante lo cual el artículo 2° declara:

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 Estado³⁴.

El Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (Ley 1753 de 2015), emitido por el Congreso de la República con posterioridad a la emisión de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015), plantea en el artículo 65 que el Ministerio de Salud y Protección Social, es el organismo encargado para definir la Política de Atención Integral en Salud, la cual define las bases para la acción coordinada de normas, reglamentos, agentes y usuarios hacia las acciones e intervenciones del Sistema de Salud, que le permitan oportuna y efectivamente la resolución de los problemas de salud individuales y colectivos de la población colombiana³⁵. El artículo 65 del Plan Nacional de Desarrollo mencionado, plantea cuatro enfoques, como pilares, de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS): I- Atención Primaria en Salud

³⁴ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1751 (6, febrero, 2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud y Protección Social, 2015. pp. 1-13

³⁵ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Política de Atención Integral en Salud. [en línea]. 2016. [consultado 15, jun., 2016]. 97 p. Disponible en Internet: <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>>

(APS), II- Salud familiar y comunitaria, III- articulación de las actividades individuales y colectivas, y IV- Enfoque poblacional y diferencial³⁶.

De acuerdo a lo estudiado, se puede plantear como objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud, el orientar al Sistema de Salud hacia el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, regulando las condiciones de intervención de los agentes para lograr satisfacer el derecho fundamental a la salud, en cuanto al acceso de los servicios de salud, de carácter oportuno, eficaz y con calidad, lo cual permitirá la preservación, mejora y promoción de la salud, en el país³⁷.

Para poder desarrollar la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), es necesario un modelo operacional, que garantice la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y la calidad en la atención en salud de toda la población colombiana, obviamente, bajo condiciones de equidad. Al modelo se le denominó Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), y corresponde a todos los procesos que, de manera coordinada, direccionan las acciones de los diferentes agentes del sistema³⁸. De acuerdo a lo anterior y a lo expresado en la Ley Estatutaria de Salud, las características del MIAS son:

OPORTUNIDAD: La Prestación de los servicios y las tecnologías en salud, deben ser provistas sin ninguna dilación, a los usuarios del sistema.

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.

INTEGRALIDAD: De acuerdo al artículo 8 de la Ley Estatutaria de Salud: "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

³⁶ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1753. (9, junio, 2015). Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país". Diario Oficial No.49.538. 24 p.

³⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Política de Atención Integral en Salud. Op. Cit., p. 30

³⁸ Ibid. p. 45

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 diagnosticada³⁹.

ACEPTABILIDAD: Hace Relación a que los agentes del sistema deberán respetar la ética médica, la diversidad cultural de la población colombiana, las minorías étnicas, pueblos y comunidades; lo cual, incluye la participación en la toma de las decisiones del sistema de salud, que le afecten, de acuerdo al artículo 12 de la Ley estatutaria de Salud (1751 de 2015); los agentes responderán de manera adecuada, a las necesidades de salud de la comunidad, acorde con el ciclo de vida y el género. Las instituciones que presten el servicio de salud, deben respetar la confidencialidad de los usuarios⁴⁰.

CALIDAD. Al hablar de calidad, los servicios y tecnologías de la salud, deben estar centrados en la persona, en el usuario; tanto desde el punto de vista profesional, como técnico y científico, lo cual incluye todo lo relacionado a la idoneidad profesional

Los principios de la Ley 1751, fungen de directrices para el sistema, y comparados con los principios de la Ley 100 de 1993, se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 2. Comparativo de los principios de la Ley 100/1993 y la Ley 1751/2015

LEY 1751/2015	LEY 100/1993
UNIVERSALIDAD	UNIVERSALIDAD
SOLIDARIDAD	SOLIDARIDAD
PRO HOMINE	IGUALDAD
EFICIENCIA	OBLIGATORIEDAD
PREVALENCIA DE DERECHOS	PREVALENCIA DE DERECHOS
OPORTUNIDAD	ENFOQUE DIFERENCIAL
EQUIDAD	EQUIDAD

³⁹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley Estatutaria 1751 (16, febrero, 2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. El Ministerio. 13 p.

⁴⁰ Ibid. p.3

CONTINUIDAD	CALIDAD
PROGRESIVIDAD DEL DERECHO	EFICIENCIA
LIBRE ELECCIÓN	PARTICIPACIÓN SOCIAL
SOSTENIBILIDAD	SOSTENIBILIDAD
INTERCULTURALIDAD	PROGRESIVIDAD
PROTECCIÓN A LOS PUEBLOS INDÍGENAS	LIBRE ESCOGENCIA
	TRANSPARENCIA
	DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA
PROTECCIÓN PUEBLOS Y COMUNIDADES INDÍGENAS, ROM Y NEGRAS, AFROCOLOMBIANAS, RAIZALES Y PALENQUERAS	COMPLEMENTARIEDAD Y CONCURRENCIA
	CORRESPONSABILIDAD
	IRRENUNCIABILIDAD
	INTERSECTORIALIDAD
	PREVENCIÓN
	CONTINUIDAD

FUENTE: Autores

Se observa que la nueva Ley Estatutaria de Salud incluye aspectos de interculturalidad, lo cual es coherente con la multiculturalidad y lo multiétnico del país. La Disponibilidad, la aceptabilidad, la accesibilidad y la calidad e idoneidad profesional, los incluye la Ley 1751 como elementos esenciales e interrelacionados, del derecho fundamental de la salud.

Con relación al principio pro-homine, es válido aclarar que:

El principio pro homine es un criterio hermenéutico que informa todo el derecho de los derechos humanos, en virtud del cual se debe acudir a la norma más amplia, o a la interpretación más extensiva, cuando se trata de reconocer derechos protegidos e, inversamente, a la norma o a la interpretación más restringida cuando se trata de establecer restricciones permanentes al ejercicio de los derechos o su suspensión extraordinaria. Este principio coincide con el rasgo fundamental del derecho de los derechos humanos, esto es, estar siempre a favor del hombre⁴¹.

En ambas leyes se plantea que los usuarios del sistema poseen derechos y deberes “sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social”⁴²; es importante resaltar que en la Ley 1751 de 2015, el primer

⁴¹ PINTO, Mónica. El principio pro homine. Criterios de hermenéutica y pautas para la regulación de los derechos humanos. Corte Interamericana de Derechos Humanos. [en línea]. [consultado 7, abr., 2016]. Disponible en Internet: <<http://www.corteidh.or.cr/tablas/20185.pdf>>

⁴² COLSANITAS. Carta de derechos de los afiliados y de los pacientes en el sistema general de seguridad social en salud. [en línea]. 2013. [consultado 14, abr., 2016]. pp. 1-41. Disponible en

cambio con relación a los derechos de los usuarios es que establece la Salud como Derecho Fundamental, lo cual involucra la responsabilidad estatal en garantizarlo, en este caso expresado en el artículo 2, que a la letra dice:

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 Estado⁴³

Lo anterior, es significativamente mayor frente a la responsabilidad estatal expresada en el artículo 3 de la Ley 100 de 1993, en el cual el Estado dirige, coordina y controla el servicio público de la seguridad social.

En la tabla 2 se presentan los derechos de los usuarios, relacionándolos de acuerdo a como son planteados en cada ley; ubicando lo dicho por cada ley, enfrentando los conceptos similares y dejando sin enfrentar aquellos que no plantean similitud:

Tabla 3. Relación comparativa de los derechos de los usuarios consagrados en la Ley 1751 de 2015 y Ley 100 de 1993

DERECHOS DEL USUARIO. LEY 1751	DERECHOS DEL USUARIO. LEY 100
Acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad	Acceder, en condiciones de calidad y oportunidad y sin restricción a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el plan de beneficios.
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	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, ni sea obligatoria la atención en una institución prestadora de servicios de salud de la red definida por la entidad promotora de salud.

Internet: <<http://www.colsanitas.com/portal/documents/10729/93a40a78-9d17-4954-b60e-1ad0922ce0c4>>

⁴³ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1751. Op. cit., p. 1

A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante	Disfrutar y mantener una comunicación plena y clara con el personal de la salud, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales y, en caso de enfermedad, estar informado de los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve.
A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley	Acceder a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos no incluidos en el plan de beneficios y que sean requeridos con necesidad.
A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos	Recibir un trato digno en el acceso a servicios de salud que respete sus creencias y costumbres, su intimidad, así como las opiniones personales que tenga, sin recibir trato discriminatorio.
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	A que la entidad promotora de salud autorice los servicios que requiera y aquellos que requiera con necesidad, incluso si no se encuentran en el plan obligatorio de salud. El acceso a los servicios de salud debe ser oportuno, de calidad y eficiente.
A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos	Acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar si requiere o no un servicio de salud.
A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad	Recibir los servicios de salud en condiciones de habitabilidad, higiene, seguridad y respeto a su intimidad.
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	Mantener la confidencialidad y secreto de su información clínica, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la historia con su autorización o por parte de las autoridades competentes en las condiciones que la ley determine.
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	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 oportuna.
A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos	Revisar y recibir explicaciones acerca de los costos de los servicios obtenidos.
A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley	Aceptar o rechazar procedimientos, por sí mismo o, en caso de inconsciencia, incapacidad para decidir o minoría de edad, por sus familiares o representantes, dejando expresa constancia en lo posible escrita de su decisión.
Agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad.	Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, respetando los deseos del paciente, incluso en el caso de enfermedad irreversible.

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	
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	
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	
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, ya poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma	
	El derecho a que los familiares o representantes, en caso de inconsciencia, incapacidad para decidir o minoría de edad del paciente, consientan o rechacen procedimientos o tratamientos. Los profesionales de la salud, los progenitores y los tutores o curadores promoverán la adopción de decisiones autónomas por parte de los menores de edad.
	Protección especial a niñas y niños. El derecho a acceder a un servicio de salud para conservar la vida, la dignidad, y la integridad así como para desarrollarse armónica e integralmente, están especialmente protegidos.

FUENTE: Autores, adaptado de COLSANITAS, Carta de derechos de los afiliados y de los pacientes en el sistema general de seguridad social en salud y texto de la Ley 1751 de 2015.

En cuanto a los Deberes de los usuarios del sistema, son iguales en ambas leyes, estos son:

- 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 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.⁴⁴

Es válido anotar, que el deber de autocuidado de la salud está consagrado en el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, expedida en el año 1991.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha realizado varias publicaciones desde el mismo momento que se presentó el Proyecto de Ley: *Por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud*, para ser debatido en el Congreso de la República, en el primer trimestre del año 2013. Todas han servido para orientar y preparar la implementación del Nuevo Modelo de Salud; lo cual, a juicio de los autores de este documento es una estrategia positiva para que este Modelo sea conocido por todos los actores del SGSSS en el país, haciendo su ejecución más ágil que cuando se inició la implementación de la Ley 100 desde el año 1993.

La Ley 1751 de 2015 mantiene los logros que se han alcanzado con la Ley 100, es decir, cobertura de la salud para todos colombianos y protección financiera de los hogares, con la finalidad que nadie llegue a un estado de pobreza al sufrirse una enfermedad⁴⁵.

En la Ley 100, el recaudo de las cotizaciones a los regímenes de afiliación, es responsabilidad del Fondo de solidaridad y Garantía (FOSYGA), quien delegó esta función en las Empresas Promotoras de Salud (EPS), y estas son las encargadas de la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las instituciones prestadoras (IPS), y están obligadas a

⁴⁴ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1751. Op. cit., p. 7

⁴⁵ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD "Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud". Op. cit., p.3

suministrar a las personas afiliadas y sus beneficiarios el plan obligatorio de salud (POS).

El Nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) plantea cuatro (4) paquetes de medidas que buscan mejorar las condiciones del Sistema de Salud en Colombia:

1. Mi – Plan. Será un plan integral de beneficios, que reemplazará al POS, que progresivamente incluirá las tecnologías recobradas y la totalidad de las patologías; con el fin de garantizar mayor cobertura, mayor calidad y continuidad de los servicios de salud, expresado en el artículo 24 con relación a las zonas marginadas o distantes del país, así:

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 necesidad⁴⁶.

La Ley 1751 de 2015, es específica en que los servicios que reciba el usuario, deben ser integrales y continuos hasta el logro de la recuperación de la salud. Esto es claro en el primer párrafo del 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 secuelas⁴⁷; lo anterior, implica que no sea necesario instaurar tutelas, ni la autorización de un comité técnico-científico, para que sean recibidos los servicios por parte de los usuarios del sistema

Con relación a medicamentos, es importante observar que, en el año 2003 el Ministerio de la Protección Social emitió un documento interno que planteaba una

⁴⁶ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1751. Op. cit., p. 12

⁴⁷ Ibid. p.9

Política Farmacéutica Nacional, que fue limitada por el campo de acción del Ministerio; posteriormente, en el año 2012 un documento CONPES, el 155 de Agosto de 2012, promulga una nueva Política Farmacéutica Nacional, que por corresponder al CONPES como,

La máxima autoridad Nacional de planeación y se desempeña como organismo asesor del Gobierno en todos los aspectos relacionados con el desarrollo económico y social del país. Para ello, coordina y orienta a los organismos encargados de la dirección económica y social en el Gobierno, a través del estudio y aprobación de documentos sobre el desarrollo de políticas generales que son presentados en sesión. El Presidente de la República dirige el CONPES. El Departamento Nacional de Planeación ejerce la secretaría, y lo componen como miembros permanentes con derecho a voz y voto, el Vicepresidente de la República, todos los Ministros, el Director del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, el Director del Departamento Nacional de Planeación, y el Director del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación COLCIENCIAS.

Significó el compromiso de todo el gobierno para el desarrollo de la Política Farmacéutica Nacional, en ese momento. La Ley 1751 de 2015, consagra la Política Farmacéutica Nacional como un compromiso del Estado, en el artículo 23, el cual a la letra dice:

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 éste no refleje condiciones competitivas⁴⁸.

En cuanto a la posibilidad de exclusiones de medicamentos, tratamientos y servicios de salud, el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, expresa que serán aquellos que no estén aprobados para su uso en el país; tales como, los que presentan como función principal un uso cosmético o suntuario; tratamientos complementarios que no tengan finalidad diagnóstica o curativa de una enfermedad; que no están catalogados por una autoridad competente como servicios o tecnologías en salud, o que no existe evidencia técnico-científica sobre su seguridad, eficacia o pertinencia médica⁴⁹.

2. Salud – Mía. Con el fin de solucionar los problemas operativos del SGSSS, se creará una entidad de carácter público, encargada de recaudar y distribuir los recursos del Sistema, siendo la Superintendencia Financiera de Colombia, el ente de vigilancia y control, con la finalidad de garantizar la transparencia y el adecuado manejo de esos recursos⁵⁰. En palabras del Ministerio de Salud y Protección Social, "Con Salud Mía se simplificarán los procesos de recaudo, se mejorará el flujo de los recursos, habrá un control directo y se reducirán ostensiblemente los costos de operación del sistema"⁵¹.

A Salud – Mía, se le delega el recaudo, la administración y el girar los recursos públicos de la Salud; que, en la actualidad alcanzan un valor de \$26 billones de pesos. Este recurso proviene de diferentes fuentes de financiación, incluyendo los aportes del régimen contributivo del SGSSS, los recursos destinados a la Salud

⁴⁸ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1751. Op. cit., p. 12

⁴⁹ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD "Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud". Op. cit., p.4

⁵⁰ Ibid. p. 5

⁵¹ Ibid. p.6

del Presupuesto General de la Nación, sumado a los impuestos y parafiscales dirigidos a la salud⁵².

Salud – Mía será el ente pagador a los prestadores de servicios de salud y a los proveedores del sistema, se espera que sea ágil en este proceso, puesto que el Ministerio está en un proceso de fortalecer los sistemas de información en Salud del país, para poder garantizar que los recursos de la salud sean destinados para este propósito, y que permitan una eficiente prestación de los servicios de salud. También se espera, que el cambio de EPS por parte de los usuarios, se convierta en un proceso más sencillo que el actual⁵³. Salud Mía auditará a los gestores en el cumplimiento de resultados en salud

Lo anterior, se resume en el siguiente gráfico:

Gráfico 2. Gestión de Salud - Mía



FUENTE: <https://www.minsalud.gov.co/Documents/Ley%20Reforma%20a%20la%20Salud/Pres-Nuevo-Modelo-ab-26-2013.pdf>

⁵² COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD "Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud". Op. cit., p. 5

⁵³ Ibid. p. 6

Habrán unos Gestores de Servicios de Salud (GES), que tendrán la responsabilidad de conformar y gestionar las redes de prestadores de servicios de salud, serán administradores de la red de atención básica y deberán gestionar el riesgo en las redes especializadas y especiales. Deberán contar con un número mínimo de afiliados en las Áreas de Gestión Sanitaria donde su ubique su radio de acción⁵⁴. También tendrán las siguientes características:

Acompañarán a las personas en su paso por el sistema de salud y no manejarán dinero. Responderán y serán remunerados por la salud de sus afiliados y no por los recursos; así, el Sistema de Salud estará más cerca de la gente.

Gestionarán la salud, no el dinero.

- Su remuneración será contra resultados en salud.
- No manejarán los recursos del Sistema.
- Cada Gestor estará adscrito a un área de gestión sanitaria con un número mínimo de afiliados que garantice su sostenibilidad.
- No podrán hacer integración vertical, es decir, no podrán ser dueños de puntos de atención que hagan parte de su red de prestadores.
- Podrán operar ambos regímenes (contributivo y subsidiado)
- Podrán ser públicos, privados o mixtos, cumpliendo los requisitos de habilitación.

Serán sociedades anónimas para que haya mayor transparencia.

Las Entidades Territoriales podrán ser gestores siempre que cumplan con los requisitos.

Las EPS que estén al día en sus obligaciones con los hospitales y que cumplan con estrictos requisitos exigidos (habilitación), podrán transformarse en Gestores de Servicios de Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud se encargará de hacer la vigilancia y el control de los GES, para lo cual se entregan más y mejores herramientas de control⁵⁵.

El Nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), propone la prestación del servicio de salud desde dos perspectivas, la primera con acciones de salud pública y la segunda con prestaciones individuales; las acciones de salud pública estarán a cargo de las Gobernaciones y Alcaldías, como entes territoriales, y las acciones individuales serán prestadas por los Gestores de Servicios de Salud (GES). Las acciones individuales en Salud, son las que están incluidas en Mi-Plan.

⁵⁴ ENLACE MINALUD. Reforma a la salud: una propuesta de atención diferencial. [en línea]. Marzo 2013. [consultado 20, abr., 2016]. Disponible en Internet:

<<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Enlace-MinSalud%20-%20Reforma-a-la-Salud.pdf>>

⁵⁵ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD "Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud". Op. cit., p. 7

El MIAS plantea un énfasis territorial, porque contempla Áreas de Gestión Sanitaria en las cuales operarán los Gestores de Servicios de Salud y sus redes de prestadores, garantizando que se puedan prestar todos los servicios y tecnologías incluidos en Mi-Plan. Solamente para procedimientos de alta complejidad, que no existen en todas las regiones, los pacientes deberán trasladarse a otras áreas para que se les preste el servicio⁵⁶.

Lo que se pretende es terminar con el hecho que se presenta en diferentes regiones del país, el que un paciente debe trasladarse de una región a otra para recibir un tratamiento que la EPS no tiene contratado cerca de la zona de residencia del paciente.

El MIAS enfatiza la Prestación de Servicios de Salud en la atención de las personas, por eso, los prestadores serán evaluados por los resultados en salud de la población que tendrán a cargo; de la misma manera que serán medidos. La evaluación pretende mejorar la acción de los prestadores en cuanto a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y calidad de la atención⁵⁷.

Se buscará fortalecer Hospitales Públicos (ESE – Empresas Sociales del Estado), con el nombramiento de los gerentes o directores por los entes territoriales, previo examen de habilidades y competencias, que realizará alguna autoridad estatal o su delegada; lo anterior, implica la administración ingerente de gobernadores y alcaldes en los hospitales públicos.

Los gerentes o directores de las ESE serán nombrados por las Entidades Territoriales, (gobernadores y alcaldes) serán de libre nombramiento y remoción y tendrán que aprobar un examen habilitante que realice una autoridad nacional.

Así, serán los alcaldes y gobernadores los que respondan por la buena administración de los hospitales públicos.

De acuerdo a lo planteado por el Ministerio de Salud, las EPS tienen tres posibilidades en su futuro: Terminar su función como aseguradora social e

⁵⁶ ENLACE MINALUD. Op. Cit., p.8

⁵⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD "Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud". Op. cit., p. 9

intermediaria del SGSSS; convertirse en Gestores de Servicios de Salud, para encargarse de la prestación de servicios de salud en un área de gestión sanitaria; ó, si su organización es de tipo vertical, podrán adecuarse y constituirse en un prestador de servicio y así unirse a una red de servicios en cabeza de un Gestor⁵⁸.

3. Gestión para mejorar la oferta de Servicios de Salud (Gestores de Servicios de Salud). En Colombia no existe en este momento un dato certero acerca de la tasa de médicos especialistas por cada 10.000 habitantes, basados en un estudio de la Universidad Javeriana y el Centro de proyectos para el desarrollo del año 2013, la tasa que se manejó en ese momento fue de 1,63 médicos especialistas por cada 10.000 habitantes, teniendo en cuenta una población de 47'131.089 habitantes⁵⁹; con lo cual, de manera acertada, el Ministro de Salud argumentó ante el Congreso durante los debates para la Ley Estatutaria de Salud, "sería irresponsable no tomar medidas inmediatas para solucionar los problemas de la salud de los colombianos. Proponemos medidas de fondo para problemas financieros, de escasez del talento humano en salud, del plan de beneficios y de la prestación de los servicios de salud"⁶⁰.

El Ministerio de Salud, propone la formación de más especialistas, en áreas donde hacen falta, aumentando el número de profesionales mejorando la distribución de los mismos en el territorio nacional. La propuesta incluye trabajar coordinadamente con el Ministerio de Educación Nacional y las universidades, para la creación de cupos en las especialidades que el país necesita. También se

⁵⁸ URNA DE CRISTAL. Abecé de la Reforma a la Salud. [en línea]. Febrero 2013. [consultado 21, abr., 2016]. Disponible en Internet: <<http://www.urnadecristal.gov.co/gestion-gobierno/abec-de-refora-a-salud>>

⁵⁹ CENDEX, UNIVERSIDAD JAVERIANA. Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia. [en línea]. Bogotá, septiembre, 2013. [consultado 21, abr., 2016]. pp. 1-135. Disponible en Internet: <<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/DisponibilidadDistribuci%C3%B3nMdEspecialistasCendex.pdf>>

⁶⁰ COLOMBIA.MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. "Estamos ante una crisis de la salud que no da espera": MinSalud. [en línea]. Febrero 2013. [consultado 21, abr., 2016]. Disponible en Internet: <<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/estamos-ante-crisis-salud-ministrogaviria-reformasalud-senado-octubre2013.aspx>>

plantea que haya un sistema único, equitativo y transparente, para el acceso de los médicos generales a los cupos para la formación especializada.

En cuanto a la parte laboral de residentes y personal de las ESE, el Ministerio le solicita al Ejecutivo, que lo dote de facultades extraordinarias para tomar medidas al respecto.

La Ley 1751 de 2015, en su Capítulo III, expresa con relación al personal de salud:

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 institucionales⁶¹.

4. Para resolver la crisis financiera del sector. A partir de la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud, el Ministerio le otorgará un plazo de seis (6) meses a las EPS, IPS y Entidades Territoriales para que depuren, concilien y paguen la totalidad de sus deudas. Los excedentes del Sistema General de participaciones (*Recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política a las entidades territoriales, para la*

⁶¹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1751. Op. cit., p. 10

financiación de los servicios de salud, educación, entre otros, cuya competencia se les asigna en la Ley 715 de 2001⁶²), se utilizarán para el pago de deudas, saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado.

Se creará un Fondo de Garantías para el Sector Salud, con el fin de preservar la seguridad financiera del SGSSS; este fondo “ayudará a que los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud tengan liquidez suficiente para dar continuidad a la prestación de servicios; para fortalecerlos patrimonialmente, de manera que puedan acceder a créditos y financiamiento; para apoyarlos financieramente en procesos de intervención, liquidación o reorganización; o para comprar o ceder cartera”⁶³.

Mientras dure la implementación (2 años) del nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), el SGSSS actual seguirá prestando atención en todo el territorio nacional, mientras se desarrolla lo planteado en la Ley Estatutaria de Salud. Desde Noviembre de 2015, se está desarrollando la implementación del modelo en el departamento de Guainía como piloto de todo el proceso.

⁶² DEFINICIONES WEB. Sistema General de Participaciones. [en línea]. 2016. [consultado 21, abr., 2016]. Disponible en Internet:

<<https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj5c2GI6HMAhUC2B4KHT8LAnwQKA4IGygAMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.contraloriadelaguajira.gov.co%2Fsitio.shtml%3Fapc%3DI---%26s%3Dg&usg=AFQjCNHVqwonkdjBZNPgV6hf2w6EQ-3RNw&sig2=vhYHyKBATayTLIEG14gcRA>>

⁶³ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD “Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud”. Op. cit., p. 11

7. CONCLUSIONES

Partiendo del hecho que la Salud es un Derecho Fundamental, a partir de la expedición de la Ley 1751 de 2015, el nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) tiene un énfasis de atención diferencial para zonas en condiciones geográficas y sociales especiales, por eso parte de la división del territorio nacional en Áreas de Gestión Sanitaria, las cuales tendrán un funcionamiento descentralizado en cuanto a la prestación del servicio, el cual será desarrollado por Gestores de Servicios de Salud. En cuanto al financiamiento, será centralizado en un ente nacional llamado Salud-Mía, encargada de recaudar las cotizaciones al sistema, distribuir los recursos entre todos los actores del SGSSS y pagar a los Gestores por la prestación de los servicios de salud.

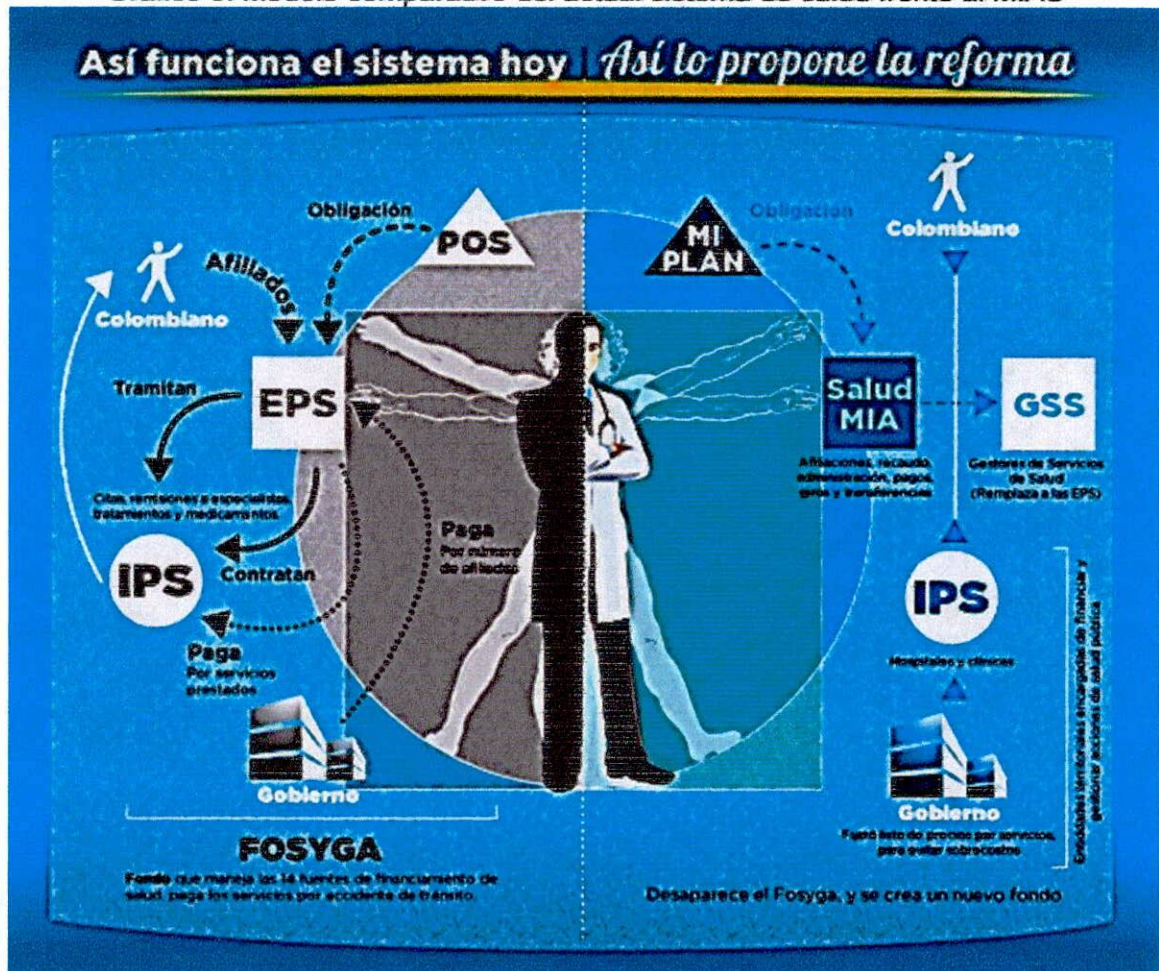
Se presenta el plan de beneficios integral único, será prestado por las instituciones de Salud para ambos regímenes de afiliación, se denominará Mi-Plan; incluye todas las tecnologías en salud, al igual que los procesos de diagnóstico, atención, rehabilitación y manejo de secuelas de todas las patologías; en la Ley 100 de 1993 se le denominó Plan Obligatorio de Salud (POS), habiendo uno para el régimen contributivo y uno para el régimen subsidiado, hasta el 1 de julio de 2012, fecha en la cual se equipararon. Mi-Plan posee exclusiones de índole cosmético, suntuario o de tecnologías a las cuales no se tienen acceso en el país o no poseen el aval técnico científico para su implementación.

El modelo busca a través de la solicitud de facultades extraordinarias por parte del Ministerio de Salud y Protección Social al Ejecutivo, mejorar las condiciones de los profesionales y personal de salud en hospitales y clínicas, así como el mejoramiento del acceso de los médicos generales a los cursos de especialización médica, para así mejorar la tasa de médicos especialistas en el país, lo cual conducirá a mejorar la oportunidad y acceso de los usuarios a la consulta especializada en todas las regiones del país.

En cuanto a las diferencias que plantea el nuevo modelo frente a la Ley 100 de 1993, se puede decir, en primer lugar, la Salud se convierte en un Derecho

Fundamental, mientras en la Ley 100 era un servicio público de seguridad social. Los aportes en el SGSSS bajo la Ley 100 de 1993, son recaudados por las EPS, por delegación del FOSYGA; en el nuevo modelo (MIAS), una entidad pública llamada Salud-Mía, será la encargada del recaudo, distribución y pago de los recursos del sistema a los prestadores, que estarán a cargo de Gestores de Servicios de Salud (GES), quienes de manera integral deberán prestar los servicios en Áreas De Gestión Sanitaria definidas dentro del territorio nacional. Los GES podrán ser públicos, privados o de carácter mixto, y tendrán una auditoría permanente por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, al igual que de la Superintendencia Nacional de Salud.

Gráfico 3. Modelo comparativo del actual sistema de salud frente al MIAS



FUENTE: EDWIN HERNÁN ESCOBAR OSORIO. Análisis de la reforma al sistema general de salud en Colombia y su impacto al fondo de solidaridad y garantías – FOSYGA. p. 18

En el gráfico 3, se puede observar de una manera didáctica sobre los cambios del SGSSS con el modelo de la Ley 100 de 1993 frente al MIAS.

En cuanto al orden administrativo del Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud, la cabeza del sistema será la entidad Salud – Mía, la cual será la encargada del recaudo, la administración y girar los recursos públicos de la Salud, incluyendo el pago a los prestadores de los servicios de salud; estos últimos estarán conformando redes de prestación de servicios, las cuales estarán bajo la responsabilidad de los Gestores de Servicios de Salud, quienes serán administradores de la red de atención básica y deberán gestionar el riesgo en las redes especializa, del Área de Gestión Sanitaria donde estén ubicadas.

Todos los actores del sistema están en la expectante espera que esta reforma sea en verdad positiva para la atención de la salud en el país, y que se logre erradicar todas las dificultades e inconvenientes que presenta en la actualidad el SGSSS.

BIBLIOGRAFÍA

ASÍ VAMOS EN SALUD. Gráfica-Aseguramiento-Georeferenciado. [en línea]. [consultado 5, abr., 2016]. Disponible en Internet:

<<http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/aseguramiento/grafica.ver/15>>

CENDEX, UNIVERSIDAD JAVERIANA. Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia. [en línea]. Bogotá, septiembre, 2013. [consultado 21, abr., 2016]. pp. 1-135. Disponible en Internet:

<<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/DisponibilidadDistribuci%C3%B3nMdEspecialistasCendex.pdf>>

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100. (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 1993. no. 41148. p. 1-168

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1751 (6, febrero, 2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud y Protección Social, 2015. pp. 1-13

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1753. (9, junio, 2015). Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país". Diario Oficial No. 49.538. 24 p.

COLOMBIA. DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE). Página web. [en línea]. Bogotá. 2016 [consultado 4, abr., 2016]. Disponible en Internet: <<http://www.dane.gov.co/>>

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Sistema de Seguridad Social en Salud. Régimen Contributivo. [en línea]. 2004. [consultado 31, mar., 2016]. pp. 1-24. Disponible en Internet:

<www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf>

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 0008430. (4, octubre, 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, D.C. El Ministerio. 12 p

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD "Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud". [en línea]. Bogotá, D.C., Enero 2016. [consultado 5, abr., 2016] pp. 1-92. Disponible en Internet: <<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/politica-integral-de-atencion-en-salud.aspx>>

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Estamos ante una crisis de la salud que no da espera. Boletín de Prensa No. 343 de 2013 [en línea]. Bogotá, D.C., octubre 10 de 2013. [consultado 4, abr., 2016]. Disponible en Internet: <<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/estamos-ante-crisis-salud-ministrogaviria-reformasalud-senado-octubre2013.aspx>>

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Hacia un nuevo modelo de salud: porque los colombianos tenemos derecho a un servicio de salud oportuno y con calidad. [en línea]. Bogotá, D.C., Enero de 2014. [consultado 4, abr., 2016]. pp. 1-11. Disponible en Internet: <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/abc-nuevo-modelo-salud-enero-2014.pdf>>

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Política de Atención Integral en Salud. [en línea].2016. [consultado 15, jun., 2016]. 97 p. Disponible en Internet:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

COLSANITAS. Carta de derechos de los afiliados y de los pacientes en el sistema general de seguridad social en salud. [en línea]. 2013. [consultado 14, abr., 2016]. pp. 1-41. Disponible en Internet:

<<http://www.colsanitas.com/portal/documents/10729/93a40a78-9d17-4954-b60e-1ad0922ce0c4>>

CHIRINOS, A. y RINCÓN, S. Análisis estratégico de la gerencia de investigación desarrollo de los parques tecnológicos. Revista Venezolana de Gerencia. [en línea] 2006; vol. 36, no. 11. [citado 28, mar., 2016]. pp. 595-614. Disponible en Internet: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc>>

DEFINICIONES WEB. Sistema General de Participaciones. [en línea]. 2016. [consultado 21, abr., 2016]. Disponible en Internet:

<<https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjQ5c2GI6HMAhUC2B4KHT8LANwQkA4IGygAMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.contraloriadelaguajira.gov.co%2Fsitio.shtml%3Fapc%3DI---%26s%3Dg&usg=AFQjCNHVqwonkdjBZNPGv6hf2w6EQ-3RNw&sig2=vhYHyKBATayTLIEG14gcRA>>

El Espectador [en línea]. Bogotá, Colombia.17, febrero, 2015. [citado 13, abr., 2016]. Diario. Disponible en Internet:

<<http://www.elespectador.com/noticias/salud/10-cosas-debe-saber-sobre-ley-estatutaria-de-salud-articulo-544697>>

ENLACE MINALUD. Reforma a la salud: una propuesta de atención diferencial. [en línea]. Marzo 2013. [consultado 20, abr., 2016]. Disponible en Internet: <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Enlace-MinSalud%20-%20Reforma-a-la-Salud.pdf>>

ESCOBAR OSORIO, Edwin Hernán. Análisis de la reforma al Sistema General de Salud en Colombia y su impacto al Fondo de solidaridad y garantías – FOSYGA. Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Alta Gerencia. Bogotá D.C.: Universidad Militar Nueva Granada. Facultad de Ciencias Económicas. Especialización en Alta Gerencia, 2014. 26 p.

MARTÍNEZ, Félix. La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional? [en línea]. Bogotá, Abril 2013. [consultado 6, abr., 2016]. pp. 1-65. Disponible en Internet: <http://www.fedesalud.org/documentos/EstudiosFD_15_Crisis-seguridad-social-salud-Colombia.pdf>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Perfil de los sistemas de salud Colombia. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. [en línea]. Bogotá, D.C., Septiembre 2009. [consultado 4, abr., 2016]. pp. 1-74. Disponible en Internet: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Colombia_2009.pdf>

OROZCO AFRICANO, Julio Mario. Caracterización del mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia. Eumed.net. Enciclopedia virtual. [en línea]. Cartagena, Colombia 2006. Disponible en Internet: <<http://www.eumed.net/libros-gratis/2008b/386/Antecedentes%20del%20Sistema%20General%20de%20Seguridad%20Social%20en%20Salud.htm>>

PINTO, Mónica. El principio pro homine. Criterios de hermenéutica y pautas para la regulación de los derechos humanos. Corte Interamericana de Derechos Humanos. [en línea]. [consultado 7, abr., 2016]. Disponible en Internet: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/20185.pdf>

SALUD COLOMBIA. La Reforma. [en línea]. [consultado 8, mar., 2016]. Disponible en Internet: <http://www.saludcolombia.com/actual/lareform.htm>

URNA DE CRISTAL. Abecé de la Reforma a la Salud. [en línea]. Febrero 2013. [consultado 21, abr., 2016]. Disponible en Internet: <http://www.urnadecristal.gov.co/gestion-gobierno/abec-de-reforma-a-salud>

WIKIMEDIA. Anexo: Países por población. [en línea]. Argentina 2016. [consultado 5, abr., 2016]. Disponible en Internet: https://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Pa%C3%ADses_por_poblaci%C3%B3n