

**ANALISIS COMPARATIVO DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y LOS
EFECTOS EN LOS USUARIOS**

CASO GERENCIAL

**IVONNE JHOVANNA GOMEZ LEON
DIANA LORENA BELTRAN GUZMAN
HEIDDY VICTORIA GAITAN OTALORA**

A

DRA. CLAUDIA HURTADO

**INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
COLEGIO ADMINISTRATIVO Y CIENCIAS ECONOMICAS
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

Bogotá

2013

TITULO

Análisis comparativo del sistema de salud en Colombia y los efectos en los usuarios.

PROBLEMA DE INVESTIGACION

El sistema de salud en Colombia tomando como referencia la ley 100 de 1993, antes y después de su implementación y los efectos sobre los usuarios.

La crisis en salud y la ausencia de una adecuada interpretación de las leyes en lo que a este campo concierne, crea incertidumbre de cómo está conformado y como se desarrolla actualmente el sistema de salud colombiano.

El origen de este estudio se debe a la desarticulación evidenciada, llevando al análisis de las leyes y los hechos que como consecuencia, ponen en riesgo la salud de los usuarios y plantean el desconocimiento de la misma como un derecho universal.

JUSTIFICACION

Aunque la política en salud lanzada por el estado colombiano a finales del año 1993, fue revolucionaria, en comparación con lo ofrecido en años anteriores; la Ley 100, con sus fundamentos básicos de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad para mejorar la calidad de vida de los colombianos, hoy en día atraviesa por una situación claramente en detrimento de la protección de la vida de no solo los más vulnerables, sino de toda la sociedad.

La principal brecha entre los actores del sistema, es no conocer los inicios reales del mismo y desenvolverse a ciegas en una problemática actual sin entender el fondo.

Corresponde con esta investigación entender, explorar y ahondar detalladamente las leyes y su aplicación diaria de la metodología de atención para así manejar y dar respuesta oportuna a las necesidades generadas.

En pro de los futuros Administradores del sistema de salud a los que les interese este documento como base para la aplicación del ejercicio profesional y al lector común, sea paciente o estudiante para el conocimiento del estado de la salud colombiana.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Comparar el sistema de salud antes y después de la ley 100 y conocer los efectos en los usuarios.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir los compendios que rigen la ley en Salud en Colombia y su historia.
- Comparar la normatividad desde su origen hasta la actualidad que nos lleva a una reforma en el sistema de salud colombiano.
- Examinar y relacionar cada uno de los principios de las leyes en salud y sus falencias.
- Presentar casos relacionados con los principios vulnerados que afectan a los usuarios del sistema de salud.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio caso gerencial narrativo e investigativo

METODOLOGIA

Los datos fueron recolectados a partir de una ficha técnica que incluyo artículos periodísticos, videos de internet, trabajos de investigación, normatividad vigente.

La comparación de las leyes se realizo en un normograma que incluyo las diferencias entre los objetivos de la ley 100, ley 1122, ley 1438 y proyecto a la reforma del 2013.

Adicionalmente la información sobre los efectos a los usuarios se recolecto de casos periodísticos por la mala aplicación del sistema de salud y se agrego a un video que expone todo el compendio del tema a tratar.

MARCO TEORICO

EXPLORACION EN SALUD DE UNA COLOMBIA QUE EMERGE.

Debemos tomar como primera etapa la organización de la salud que regía al país con la constitución de 1886 hasta mediados de la década de 1950. Durante esta época la salud estaba constituida por un modelo higienista que suplía las necesidades en salud de los colombianos después de las epidemias generadas a causa de la segunda guerra mundial. Para tal efecto el principal esquema de financiación y cobertura era por parte de la beneficencia pública estatal que se encargaba de la parte sanitaria y para acciones preventivas y curativas se apoyaba por cooperación internacional liderada por Estados Unidos a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y usuarios nacionales con poder adquisitivo en colaboración de las instituciones de caridad y la iglesia.⁽²⁻³⁾ Los servicios para los ricos o pudientes eran ofrecidos por el ejercicio privado de la profesión médica en consultorios o clínicas y la atención para los pobres, mediante dos estrategias basadas en la caridad, ya fuera pública bajo el nombre de asistencia pública o privada bajo el nombre de beneficencia. En 1918, se crea la dirección nacional de Higiene (DNH), instancia que permitió a los higienistas participar en las políticas de salud del país y relacionarse de manera más influyente con los entes internacionales. Gracias a esta organización se presentan informes conjuntos y detallados de epidemiología y se contribuye al estudio profundo y tratamiento de la LEPRA, que afectaba al país en esa época. Hasta el día de hoy es llamado el Ministerio de Salud Pública.⁽²⁾

Para abastecer las necesidades de la población en épocas siguientes, a partir de 1936 se da una evolución legislativa que comenzó con la expedición de varias leyes, como la ley 53 de 1938 que reconoce la protección a la maternidad, la ley 96 de 1938 por la cual se crea el ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social y la ley 6 de 1945, por la cual se creó la Caja Nacional de Previsión Social que se encargaba de atender la salud de los empleados públicos y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (1946) que atendía a los empleados del sector privado.⁽¹⁾⁽²⁾ En Colombia la ola internacional también impactó y es entonces cuando el estado integra y sistematiza la jurisprudencia en seguridad social. La salud fue declarada en diciembre de 1948 como un derecho fundamental.

En 1950 se crearon las Cajas de Compensación Familiar que asumieron funciones de seguridad social en salud y se expide el código sustantivo del trabajo.

En 1963 entra en vigencia la ley 12 de 1963 que ordena desarrollar un sistema único de salud, sobre la base de la ampliación de la asistencia pública. Los trabajadores sindicalizados y los empleados públicos defendieron los servicios de salud por los cuales cotizaban que sin duda eran mejores que los ofrecidos por la asistencia pública, los grandes empresarios desconfiaban de la administración pública de sus aportes, las juntas de beneficencia y la iglesia que habían acumulado un gran poder en las regiones a partir de las instituciones de caridad, no estuvieron dispuestas a entregar sus bienes y servicios al poder central y por su parte los habitantes más pobres, tanto del campo como de las ciudades en expansión, simplemente se limitaban a pedir un hospital y un médico para resolver sus problemas de salud.⁽¹⁾ En 1969 entra en aplicación y desarrollo el Plan Nacional Hospitalario y se incorpora una nueva organización al sistema, regionalizando la atención del servicio, dividiéndolo en cuatro niveles (Nivel I, II, III Y IV).⁽²⁾

La segunda etapa inicia en el año 1970 hasta 1989 cuando se crea formalmente el Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de subsidios a la oferta.⁽³⁾ La asignación de los recursos se daba gracias al dominio nacional con predominio público que derivaba sus ingresos de las finanzas corrientes de la nación y se distribuía a los departamentos quienes de manera descentralizada organizaban todas sus funciones, ocasionando desafortunadamente, corrupción.⁽⁴⁾ Las diferentes entidades prestadoras de servicios y seccionales se articulaban administrativa y financieramente al sistema nacional a través de las unidades departamentales y quedaban conectadas al sistema si eran de origen público, como adscritas y si eran de origen privado, como vinculadas.⁽²⁾ El instituto Colombiano de Seguros Sociales tuvo su propia reforma y se distanció totalmente del control y del esfuerzo de articulación a través del sistema, el subsector privado fue creciendo progresivamente a través de los esquemas de prepago y las acciones de control y prevención de enfermedades fueron asignadas a la red pública de centros y hospitales.⁽¹⁾

Así las cosas, en la década de los 80 la expresión " Sistema Nacional de Salud" se comenzó a aplicar solo a la red pública y no al conjunto de prestadores de servicios.⁽¹⁾

La tercera y última etapa se inicia con la creación de la ley 10 de 1990 que establece la coordinación y supervisión de la prestación de los servicios de salud (planes, programas y proyectos) de manera descentralizada buscando dar autonomía a los entes territoriales y priorizar los gastos en el primer nivel de atención.⁽²⁾⁽⁵⁾ Se crean los COPACOS (Comités de participación comunitaria)⁽⁵⁾.

A partir de la constitución de 1991 el Gobierno hace real el estado de la salud, se declara como un derecho social fundamental y servicio público y es así como se define el SISTEMA NACIONAL DE SALUD ⁽⁴⁾.

Tres años después aparece la ley 100. El sistema se convierte en SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, quien busca de varios sistemas independientes formar uno solo, sólido, universal y con principios de equidad, libre elección y de seguridad social, que revolucionaban la época y en donde toda la población del país se dividiría y participaría con funciones propias y establecidas.

La reforma a la salud se orienta entonces en tres direcciones: La primera, desmonopolizando la seguridad social para el sector privado. Se le permite al trabajador privado elegir la entidad que le prestara el servicio. La segunda, presencia de diferentes entidades privadas como opción adicional para prestar servicios y la descentralización de la red pública. La tercera, aseguramiento a la población pobre del país. Los argumentos de justificación del gobierno para defender el proyecto fueron relacionados con los problemas y la crisis económica que atravesaba el ISS en conjunto con la corrupción administrativa e institucional, que aún hoy nos aqueja. ⁽¹⁾

LEY 100 ⁽⁵⁾

Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral

SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

El aseguramiento de los ciudadanos se dividió en distintos tipos de regímenes en búsqueda de la cobertura universal. Un **Régimen de vinculados transitorios** que por motivos de incapacidad de pago tendrán que esperar mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado para tener derecho a los servicios de salud de las instituciones públicas y privadas que tengan contrato con el estado. Un **Régimen Especial** al que pertenecen los empleados de las universidades públicas. Un **Régimen de Excepción** al que pertenecen los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio(FOMPREG), Miembros de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, los civiles del Ministerio de Defensa, los Pensionados de Ecopetrol y Ferrocarriles Nacionales. El **Régimen Contributivo** donde están clasificadas las personas con capacidad de pago (trabajador, pensionado, independiente, empleado del estado) y El **Régimen Subsidiado** donde se encuentran las personas sin capacidad de pago (subsidiadas por el SGSSS) que son identificadas gracias a un sistema de base de datos llamado SISBEN.

Dentro del sistema se crean entes para la atención en salud como son: LA **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (EPS)** que actúa para la red pública y privada que es encargada de la afiliación atención y registro de los afiliados para garantizar la atención integral haciendo cumplir el **PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS)** que cuenta con un manual de procedimientos y actividades, llamado **MAPIPOS**, **LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS)** encargadas de prestar servicios médicos de consulta, hospitalarios, clínicos y cuidados intensivos, quienes podrán prestar servicios directos a sus afiliados por sus propias entidades de salud y subcontratar, también aparece las **ADMINISTRADORAS DEL REGIMEN SUBSIDIADO (ARS)** que son las responsables de la afiliación de los usuarios sin capacidad de pago que tienen derecho a recibir el POS subsidiado.⁽⁵⁻⁶⁾ **EL FOSYGA** (fondo de Solidaridad y Garantía) que recaudará el dinero de las cotizaciones y tendrá por objeto garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos.⁽⁵⁾ El organismo de concertación entre los diferentes integrantes, quien dispondrá de autonomía en las decisiones tendrá el nombre de **CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.**⁽⁵⁾

PROBLEMAS QUE MOTIVAN LAS REFORMAS A LA LEY 100⁽⁴⁾

- Solicitud de encuestas SISBEN no atendida y corrupción y engaño en la escogencia de la ARS.
- Múltiples afiliaciones.
- Incumplimiento del POS y de PAB (Plan de atención Básica).
- Regulación inadecuada por conflicto de intereses.
- Compromisos políticos a cambio de la afiliación al sistema.
- Debilidad en la red de controladores de la inspección, vigilancia y control en salud.
- Falta de cobertura y carencia en el principio de universalidad y eficiencia.
- Deterioro de la calidad del servicio de salud.
- Ausencia de promoción y prevención en salud.
- Personas con capacidad de pago fuera del régimen y no aportando.
- Retrasos en el giro de recursos por parte del FOSYGA.
- Contratación indebida y reducción de salarios a los profesionales por falta de dinero en las IPS.
- Pérdida de la dignidad de los profesionales de la salud.
- Ausencia de sistemas articulados de información.
- Crisis hospitalaria pública.
- Proliferación de IPS.

Estas metas no alcanzadas dieron paso a las diferentes reformas todas motivadas por parlamentarios y respaldadas por la ciudadanía civil.

PARAMETROS A TENER EN CUENTA CON LAS REFORMAS A LA LEY 100.

(7)

- Claridad en la responsabilidad por parte de las EPS sobre prevención y promoción.
- Subsidio pleno a niveles I Y II del SISBEN.
- Subsidio parcial para nivel III del SISBEN.
- Nivelación del POS para régimen subsidiado y contributivo
- No copagos ni cuotas moderadoras para nivel I.
- Periodos mínimos de cotización y carencia no superiores a 26 semanas.
- Carné nacional para desplazados.
- Costos de tutela 50 % por la EPS.
- Integración vertical limitada al 30%.
- 60% contratación con IPS públicas.
- Atención a población vinculada.
- Garantía de la atención de urgencias.
- Garantía de libre escogencia de IPS.
- Requisitos para contratación de ESE.
- Establecimiento de protocolos de atención.
- Controles del invima.
- Definición de los planes anuales, perfiles epidemiológicos.
- Imposición de sanciones a las entidades.
- RIPS OBLIGATORIO.
- Sistemas nacionales de información: SISPRO-SIVIGILA a disposición de la CRES, CNSSS, Ministerio y entes territoriales.

PRIMERA REFORMA.

LEY NÚMERO 1122 DE 2007 ⁽⁸⁾

Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El objetivo es realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios reformas de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los

actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

La Ley 1122 de 2007 es el resultado de un proceso político que se agudizó desde el 2003, en parte por la celebración de los primeros diez años de la Ley 100 de 1993, y en parte también como una respuesta a las inconformidades que diferentes sectores manifestaban acerca del desempeño del Sistema General de Seguridad Social en Salud. ⁽⁹⁾

La principal inestabilidad jurídica, política y administrativa de la reforma se ha concentrado en los temas relativos al régimen subsidiado, considerando en ello la situación de los hospitales públicos, mientras que en el régimen contributivo ha existido una estabilidad relativa, con notorio avance de la oferta privada en favor de la pública. ⁽⁹⁾

PARAMETROS A CAMBIAR: ⁽¹⁰⁾

- Reafirmar el derecho a la libre escogencia.
- Creación de la comisión de Regulación en Salud.
- Elevar la cotización el régimen Contributivo.
- Reducción de los periodos de cotización.
- Crea el Sistema de Inspección, Vigilancia y control del SGSSS.
- Crea la figura del Defensor del Usuario.
- Cambio de ARS a EPS~S.
- EPS pagan a IPS mes anticipado en caso de Capitación.
- EPS pagan 5 días siguientes a la factura en otros casos.
- No copagos ni cuotas moderadoras en subsidiado.
- Actualización anual del POS.
- Los recursos de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA.
- Se asignara el monto de las cajas de compensación familiar.
- El Gobierno Nacional aportará un monto especial.
- La afiliación de la población de desplazados y desmovilizados se hará a una EPS pública.
- La población indígena desplazada después de su inscripción en el Registro Único de Desplazados podrá realizar su afiliación en una EPS-S indígena o en una EPS-S pública.
- Las enfermedades de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el POS, llevarán a consideración del Comité Técnico Científico.
- Implementación de sistemas de Información.

NORMATIVIDAD COMPARANDO LEY 1122 CON LEY 100.

LEY 100	LEY 1122
Art. 171	Art. 3
Art.204	Art.10
Art.214	Art. 11
Art.164	Art. 14

1. Artículo 171 de la ley 100 modificado por el Artículo 3º de la ley 1122.

Comisión de Regulación en Salud (CRES). Creación y naturaleza como reemplazo en sus funciones al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

2. Artículo 204 de la ley 100 de 1993, modificado por el Art. 10 de la ley 1122 del 2007.

Recursos del Régimen Contributivo. La cotización al régimen contributivo de Salud será del 12,5% del ingreso o salario base de cotización. La cotización a cargo del empleador será del 8.5% y a cargo del empleado del 4%. (1,5) de la cotización serán trasladados a la subcuenta de Solidaridad del FOSYGA para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado. Las cotizaciones que hoy tienen para salud los regímenes especiales y de excepción se incrementarán en (0,5%), a cargo del empleador, que será destinado a la subcuenta de solidaridad.

3. Artículo 214 de la ley 100, modificado por el Art. 11 de la ley 1122 de 2007. Recursos del Régimen subsidiado.

A) De las entidades territoriales.

El manejo de los recursos de participación en salud SPGS se llevara a cabo a través de Fondos locales de salud, en forma progresiva, en el año 2007 el 56%, en el año 2008 el 61% y a partir del año 2009 el 65%.

Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA.

A partir del año 2009 del monto total de las rentas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinarán por lo menos el 25% a la financiación del régimen subsidiado.

B) Del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA.

El Gobierno Nacional aportará un monto por lo menos igual en pesos constantes más un punto anual adicional a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007 para cumplir con el proceso de universalización de la población de SISBEN I, II y III. Recursos de la contribución parafiscal de las Cajas de Compensación Familiar.

C) Otros.

Los recursos que sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones, los rendimientos financieros, el 15% de los recursos adicionales que reciban los municipios, distritos y departamentos como participación y transferencias por concepto de impuesto de rentas sobre la producción de las empresas de la industria petrolera, los recursos que aporten los afiliados que tienen derecho a subsidio parcial y que quieran optar al subsidio pleno o al POS del régimen contributivo.

4 .Modificación del artículo 164 de la ley 100 por el Artículo 14° de la ley 1122. Organización del Aseguramiento.

Las entidades que administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS~S).

Se beneficiarán con subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado, las personas pobres y vulnerables clasificadas en los ni-veles I y II del SISBEN.

Conservarán los subsidios quienes cuenten con subsidios parciales y estén clasificados en los niveles I y II del Sisbén y las poblaciones especiales que el Gobierno Nacional defina como prioritarias.

Se promoverá la afiliación de las personas que pierdan la calidad de cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo y que pertenezcan a los niveles I y II del SISBEN. El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos e incentivos para promover que la población del nivel III del SISBÉN pueda, mediante los aportes complementarios al subsidio parcial, afiliarse al régimen contributivo o recibir los beneficios plenos del régimen subsidiado.

La Comisión de Regulación en Salud actualizará anualmente el Plan Obligatorio de Salud buscando el acercamiento progresivo de los dos regímenes.

Las actividades propias del POS subsidiado incluidas las de promoción y prevención serán ejecutadas a través de las EPS~S. Cuando las ESE no tengan capacidad para prestar estos servicios de promoción y prevención o cuando los

resultados pactados entre EPS del Régimen Subsidiado y las ESE se incumplan, estos servicios podrán prestarse a través de otras entidades, previa autorización del Ministerio.

No habrá copagos ni cuotas moderadoras para los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud clasificados en el nivel I del SISBÉN.

No habrá períodos mínimos de cotización o períodos de carencia superiores a 26 semanas en el Régimen Contributivo. A los afiliados se les contabilizará el tiempo de afiliación en el Régimen Subsidiado o en cualquier EPS del Régimen Contributivo.

La afiliación inicial de la población de desplazados y desmovilizados cuyo financiamiento en su totalidad esté a cargo del Fosyga se hará a una Entidad Promotora de Salud de naturaleza pública del orden nacional, sin perjuicio de que preserve el derecho a la libre elección.

En el entendido que a la población indígena desplazada le será reconocida, desde el momento de su inscripción en el Registro Único de Desplazados, la posibilidad de realizar su afiliación inicial al sistema de salud en una EPS-S indígena o en una EPS-S pública de carácter nacional.

Aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el plan de beneficios del régimen contributivo, las EPS llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela.

SEGUNDA REFORMA

LEY 1438 DE 2011 ⁽¹⁾

Por la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud

Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del sistema general de seguridad social en salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia atención primaria en salud permita la acción coordinada del estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes del país.

PARÁMETROS A CAMBIAR

- Unificación del plan de beneficios, POS para los dos regímenes.
- Portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país.
- Universalidad del aseguramiento.
- Sostenibilidad financiera.
- Adhesión de nuevos principios al SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD como los siguientes: **Igualdad, prevalencia de derechos, enfoque diferencial, progresividad, sostenibilidad, transparencia, complementariedad y concurrencia, corresponsabilidad, irrenunciabilidad, intersectorialidad, prevención y continuidad.**
- Indicadores basados en criterios técnicos, que como mínimo incluirán:
Prevalencia e incidencia en morbilidad y mortalidad materna perinatal e Infantil.
Incidencia de enfermedades de interés en salud pública.
Incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en general las Precursoras de eventos de alto costo.
Incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las Inmunoprevenibles.
- Incremento del 25% Del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, a la financiación del Régimen Subsidiado y las cotizaciones que realizarán los patronos al Fondo de Solidaridad cuando el trabajador no quiera retirarse del Régimen Subsidiado.
- Recursos definidos por recaudo de IVA definidos en la Ley 1393 de 2010.
- Impuesto social a las armas y municiones, destinado para salud.
- Creación del Fondo de Garantías para el Sector Salud como un fondo administrado por el Ministerio de la Protección Social para asegurar el pago de las obligaciones que no fuere posible pagar por parte de las Empresas Sociales del Estado, intervenidas.
- Actualización del Plan de Beneficios cada dos años.
- Cambio de la Comisión Nacional de Precios de Medicamento a Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.
- Creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. .
- Creación de los protocolos y guías de atención.
- Aparición de la denominación de las Enfermedades Huérfanas.

NORMATIVIDAD COMPARANDO LEY 1438 CON LEY 100 Y 1122

LEY 100	LEY 1122	OTRAS LEYES	LEY 1438
			Art. 22
			Art. 23
			Art. 25
Art. 169			Art. 37
		LEY 776/02	Art. 43
Art.214	Art. 11	LEY 1392/10	Art.44
Art. 224			Art. 48
			Art.49
			Art. 50
			Art. 86
Art.245			Art. 87
			Art. 92
			Art. 95
		LEY 1392/10	Art.140

1. Artículo 22. Portabilidad nacional.

Todas las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer los planes de beneficios en los dos regímenes El acceso a la atención de salud será a través de la cédula de ciudadanía u otro documento de identidad.

2. Artículo 23. Sostenibilidad financiera. Gastos de administración de las Entidades Promotoras de Salud.

El Gobierno Nacional fijará el porcentaje de gasto de administración de las entidades Promotoras de Salud, con base en criterios de eficiencia, estudios actuariales y financieros y criterios técnicos. Las Entidades Promotoras de Salud que no cumplan con ese porcentaje entrarán en causal de intervención.

Dicho factor no podrá superar el 10% de la Unidad de Pago por Capitación. Los recursos para la atención en salud no podrán usarse para adquirir activos fijos, ni en actividades distintas a la prestación de servicios de salud. Tampoco lo podrá hacer el Régimen Subsidiado.

Administración del Régimen Subsidiado.

Los distritos y los municipios de más de cien mil habitantes (100.000) podrán continuar administrando los recursos del Régimen Subsidiado hasta el treinta y uno (31) de diciembre de 2012.

Mecanismo de recaudo y giro de los recursos del Régimen Subsidiado.

Los Gobernadores o Alcaldes y las Entidades Promotoras de Salud procederán en el término de tres (3) meses calendario contados a partir de la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, a liquidar de mutuo acuerdo los contratos suscritos con anterioridad al 1° de abril de 2010.

3. Artículo 43. Recursos del Fondo de Riesgos Profesionales para Prevención y Promoción. Modifíquese el párrafo y créese un párrafo transitorio al artículo 22 de la Ley 776 de 2002.

Parágrafo. En ningún caso la aplicación de los recursos del fondo podrá superar el cuarenta por ciento (40%) en el objeto señalado en el literal a), ni el diez por ciento (10%) en el literal c), ni el quince por ciento (15%) en el literal d). Lo restante será utilizado en el literal b).

Parágrafo transitorio. Hasta el 15% de los recursos acumulados en el Fondo de Riesgos Profesionales a la entrada en vigencia de la presente ley, podrán ser utilizados, por una única vez, para la financiación de las actividades de prevención dentro de los programas de Atención Primaria en Salud a que hace referencia el literal d) del presente artículo”.

4. Artículo 44. Recursos para aseguramiento. El artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007 y por el artículo 34 de la Ley 1393 de 2010, quedará así:

A.) De las entidades territoriales

Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud, se destinarán al Régimen Subsidiado partiendo como mínimo del sesenta y cinco por ciento (65%) de acuerdo con el plan de transformación concertado entre el Gobierno Nacional y las entidades territoriales hasta llegar al ochenta por ciento (80%) a más tardar en el año 2015 como se expuso en la ley 1122. En todo caso el 10% del Sistema General de Participaciones para Salud se destinará a financiar las acciones en salud pública. El porcentaje restante se destinará a financiar prioritariamente la prestación de servicios en aquellos lugares donde solo el Estado está en capacidad de prestar el servicio de salud en condiciones de eficiencia y/o subsidios a la demanda.

El primer inciso del artículo 60 de la Ley 715 de 2001, **del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinarán por lo menos el 50% a la financiación del Régimen Subsidiado o el porcentaje que a la entrada en vigencia de la presente ley estén asignando, si este es mayor.** Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial y no podrán disminuirse, serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley.

B.) Del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)

Uno punto cinco puntos (1.5) de la cotización de los regímenes especiales y de excepción y hasta uno punto cinco (1.5) puntos de la cotización de los afiliados al Régimen Contributivo.

Las cotizaciones que realizarán los patronos al Fondo de Solidaridad cuando el trabajador no quiera retirarse del Régimen Subsidiado.

C.) Otros

Recursos definidos por recaudo de IVA definidos en la Ley 1393 de 2010.

5. Artículo 48. Impuesto social a las armas y municiones. Modifíquese el artículo 224 de la Ley 100 de 1993:

Impuesto social a las armas y municiones. A partir del 1° de enero de 1996, créase el impuesto social a las armas de fuego que será pagado por quienes las porten en el territorio nacional, y que será cobrado con la expedición o renovación del respectivo permiso y por el término de este. El recaudo de este impuesto se destinará al fondo de solidaridad previsto en el artículo 221 de esta ley.

Parágrafo. Excepto las fuerzas armadas y la policía.

6. Artículo 49. Régimen Subsidiado. Los montos de recursos que las entidades territoriales venían aportando para financiar la salud en su territorio no podrán disminuir salvo que se acredite, ante el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo. A más tardar el primero de enero de 2012, el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) cancelará las obligaciones a su cargo causadas a la fecha de expedición de la presente ley y que cumpla con los requisitos definidos para estos efectos.

7. Artículo 50. Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet).

Créase el Fondo de Garantías para el Sector Salud como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el Ministerio de la Protección Social, cuyo objeto será asegurar el pago de las obligaciones que no fuere posible pagar por parte de las Empresas Sociales del Estado, intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

8. Artículo 25. Actualización del Plan de Beneficios.

El Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios.

9. Artículo 37. Planes Voluntarios de Salud. Sustitúyase el artículo 169 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto:

Planes Voluntarios de Salud. Los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización.

10. Artículo 86. Política farmacéutica, de insumos y dispositivos médicos.

El Ministerio de la Protección Social definirá la política farmacéutica, de insumos y dispositivos médicos a nivel nacional y en su implementación, establecerá y desarrollará mecanismos y estrategias dirigidas a optimizar la utilización de medicamentos, insumos y dispositivos, a evitar las inequidades en el acceso y asegurar la calidad de los mismos, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

11. Artículo 87. Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos - CNPMD.

En adelante la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos de que trata el **artículo 245 de la Ley 100 de 1993**, se denominará Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, y tendrá a su cargo la formulación y la regulación de la política de precios de medicamentos y dispositivos médicos.

12. Artículo 92. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.

Autorícese al Ministerio de la Protección Social la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud como una corporación sin ánimo de lucro de naturaleza mixta, de la cual podrán hacer parte, entre otros, las sociedades científicas y la Academia Nacional de Medicina, esta entidad será responsable de la evaluación de tecnologías en salud basada en la evidencia científica, guías y protocolos sobre procedimientos, medicamentos y tratamiento de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios.

13. Artículo 95. De los protocolos de atención.

La autoridad competente desarrollará como referentes basados en evidencia científica protocolos sobre procedimientos, medicamentos y tratamientos de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios.

14. Artículo 96. De las guías de atención. La autoridad competente desarrollará como referentes basados en evidencia científica guías de atención sobre procedimientos, medicamentos y tratamientos de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios.

15. Artículo 140. Denominación de las Enfermedades huérfanas. Modifícase el artículo 2° de la Ley 1392 de 2010:

Las enfermedades huérfanas son aquellas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultra huérfanas y olvidadas. Las enfermedades olvidadas son propias de los países en desarrollo y afectan ordinariamente a la población más pobre y no cuentan con tratamientos eficaces o adecuados y accesibles a la población afectada. El Ministerio de la Protección Social emitirá y actualizará esta lista cada dos años a través de acuerdos con la Comisión de Regulación en Salud.

PROYECTO DE TERCERA REFORMA

NUEVA REFORMA 2013 AL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA.

El presidente de la republica Juan Manuel Santos Calderón radico en el congreso el proyecto de la reforma a la salud dividido en dos: el proyecto de Ley estatutaria número 209 el cual es un trabajo de la comunidad médica que plantea los objetivos fundamentales del sistema y el otro el proyecto de Ley ordinaria numero 210 donde se muestra la dirección, el camino para lograr esos objetivos.

PROYECTO DE LEY 209	PROYECTO DE LEY 210
(Estos proyectos de ley no tienen comparación con ninguna de las leyes anteriores)	(Estos proyectos de ley no tienen comparación con ninguna de las leyes anteriores)

PROBLEMAS ACTUALES:

- Situación precaria de la red pública hospitalaria.
- Deterioro de la calidad de la prestación de los servicios.
- Condiciones de trabajo del gremio médico y de salud.
- Eliminación de la Intermediación y mercantilización de la salud.
- Reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental.
- Reestructuración de la central única de recaudo financiero.

- Mecanismo judicial y competencia para el estudio de los conflictos en salud.
- Restructuración del Plan de beneficios en la atención.
- Sistema de información único para monitoreo y vigilancia.

PROYECTO LEY ESTATUTARIA LEY No 209 SENADO DE 2013 ⁽¹²⁾

La presente ley tiene por **objetivo** garantizar la salud como **un derecho humano constitucional fundamental**. Cuenta con el **respaldo y creación** de los **sectores gremiales médicos**, de **pacientes**, de diversas **organizaciones sociales, sindicales, académicas y algunos sectores políticos**.

El estado creara un Plan Único de Salud garantizará el derecho a la salud a través de prestación de servicios, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye promoción, prevención y atención de la enfermedad, y rehabilitación de sus secuelas, privilegiando la estrategia de atención primaria.

Este sistema debe garantizar la calidad en la prestación de los servicios mediante la idoneidad profesional enriquecida, reconociendo el compromiso social de la medicina y respetando la autonomía intelectual en la toma de decisiones.

Los trabajadores y el talento humano en salud estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos.

De este Plan Único de Salud quedarán excluidos:

- Las prestaciones suntuarias.
- Los tratamientos estéticos y cosméticos que no tengan fin reconstructivo.
- Los procedimientos, medicamentos y tecnologías experimentales.
- Los tratamientos que se ofrezcan por fuera del territorio colombiano estando disponibles en el país.
- Las prestaciones que no son propias del ámbito de la salud, que constituyan bienes o servicios sociales complementarios a la atención o rehabilitación del paciente cuya finalidad principal no es el diagnóstico o la curación de la enfermedad, que no estén catalogados por la autoridad competente como servicios y tecnologías en salud.
- De lo que no exista evidencia técnica o científica sobre su seguridad y eficacia clínica y sobre su pertinencia clínica, que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente.

PROYECTO LEY ORDINARIA LEY No 210 SENADO DE 2013. ⁽¹³⁾

La presente Ley tiene por **objetivo Redefinir el Sistema General de Seguridad Social en Salud**. Establece los principios del Sistema, el marco a partir del cual se regulan los beneficios en salud, la operación, gestión y administración de la prestación de los servicios, el manejo unificado de los recursos en salud a través de la creación de una unidad de gestión financiera de naturaleza especial, algunos procedimientos de inspección, vigilancia y control, el régimen de las Empresas Sociales del Estado (ESE) y un régimen de transición para la aplicación de lo dispuesto en la presente ley.

PARAMETROS A CAMBIAR:

- Cambio de EPS y FOSYGA en la unificación de los dos, de nombre Salud Mía.
- Tendrá atención primaria y complementaria a cargo de Gestores de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta.
- Operará mediante esquemas de integración territorial dirigidos por Gestores de Servicios de Salud en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Para el efecto, conformarán Redes de Prestación de Servicios de Salud que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención.
- A partir del año 2015, cada cuatro (4) años el Gobierno Nacional evaluará el Sistema.
- Eliminación del Fondo de Solidaridad y Garantía.
- Cambio del POS A Mi plan.

Creación de Salud-Mía.

A) Afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud a la población residente en el territorio colombiano,

B) Recaudar las cotizaciones de los afiliados al Régimen Contributivo de salud y las demás que la ley determine.

C) Administrar los recursos del Sistema, los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el sector salud (FONSAT).

D) Ordenar el pago, giro o transferencia a los diferentes agentes del Sistema.

E) Administrar los mecanismos de reaseguro y redistribución de riesgo, la información relativa a la afiliación, cotización, registro de novedades y manejo de los recursos del Sistema.

H) Implementar métodos de auditoría para verificar la información sobre resultados en salud y mecanismos de ajuste de riesgo.

El Gobierno Nacional determinará la estructura interna de la Unidad de gestión, su planta de personal y la fecha en la cual iniciará las funciones de afiliación, recaudo y administración de los recursos. A partir de la fecha de inicio de operaciones, se suprimirá el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

Salud-Mía recaudará y administrará los siguientes recursos.

- Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud.
- Los recursos obtenidos del monopolio de juegos de suerte y azar.
- Las cotizaciones de los afiliados del Régimen Contributivo de salud o quienes tienen la obligación de aportar al Sistema y los aportes del empleador, las cotizaciones de los afiliados al régimen de excepción con vinculación laboral adicional, el aporte solidario de los afiliados a los regímenes de excepción o regímenes especiales.
- Los recursos correspondientes al monto de las Cajas de Compensación Familiar.
- Los recursos del impuesto sobre la renta para la equidad (CREE) que eximirá al trabajador dependiente del impuesto parafiscal del ICBF y El SENA.
- Recursos por recaudo del IVA.
- Los recursos del FONSAT.
- Los correspondientes a la contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidente de tránsito.
- Los recursos recaudados por Indumil correspondientes al impuesto social a las armas, de municiones y explosivos.
- Los correspondientes a las multas, las rentas cedidas y demás recursos generados a favor de las Entidades Territoriales destinadas a la financiación de la población pobre mediante subsidios a la demanda de los Departamentos y el Distrito Capital y los rendimientos financieros.

Estos recursos serán girados desde el generador directamente a la entidad.

Plan de Beneficio de Salud - Mi-Plan -

Mi-Plan garantizará la cobertura de los servicios y tecnologías para todas las patologías. Se establecerá un listado de servicios y tecnologías excluidos de Mi-Plan.

Prestación del servicio de salud.

La prestación del servicio de salud comprende las acciones de salud pública y las prestaciones individuales. Los Gestores de Servicios de Salud conformarán Redes de Prestadores de Servicios de Salud, las cuales operarán en Áreas de Gestión Sanitarias definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Prestadores de Servicios de Salud.

Los Prestadores de Servicios de Salud son los agentes responsables de la atención de las prestaciones individuales y serán de dos tipos:

A) Los Prestadores de Servicios de Salud primarios son los agentes a través de los cuales los usuarios acceden en primera instancia como puerta de entrada al Sistema, les corresponde la caracterización e intervención sobre los riesgos en salud a través de actividades preventivas, de protección específica y detección temprana y búsqueda activa de personas con enfermedades prevalentes igualmente, ejecuta las prestaciones individuales de carácter integral en medicina general y especialidades básicas, orientadas a la resolución de las condiciones más frecuentes que afectan la salud. Incluye el manejo de los eventos agudos, en su fase inicial y los crónicos para evitar complicaciones. Estos prestadores deben estar ubicados en el lugar más cercano a la población.

B) Los Prestadores de Servicios de Salud complementarios son los agentes responsables de las prestaciones individuales de salud que requieren de recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura de mayor tecnología y especialización. Dentro de estos, se encuentran aquellos Prestadores de Servicios de Salud orientados a garantizar las prestaciones individuales cuya atención requiere de tecnología no disponible en todas las Áreas de Gestión Sanitaria y que se pueden constituir en centros de referencia nacional.

Red de Prestadores Servicios de Salud.

Las Redes de Prestación de Servicios de Salud son el conjunto de prestadores agrupados en una Área de Gestión Sanitaria por los Gestores de Servicios de Salud. Las redes deben tener la integralidad y suficiencia para garantizar a los usuarios las prestaciones individuales de Mi-Plan.

Habilitación de Redes y Prestadores de Servicios de Salud.

Proceso de definición de los criterios y verificación continúa del cumplimiento de las condiciones mínimas de carácter científico, técnico, funcional, de recursos humanos, administrativo, financiero y de infraestructura, que deben disponer los Prestadores de Servicios de Salud y las Redes de Prestadores de Servicios de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud verificará las condiciones de habilitación de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud.

Gestores de Servicios de Salud

Son personas jurídicas de carácter público, privado o mixto, vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud responsables de operar una Red de Prestadores de Servicios de Salud dentro de una Área de Gestión Sanitaria para garantizar las prestaciones individuales de Mi-Plan.

Los Gestores de Servicios de Salud privados, incluidos los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar, deben constituirse como sociedades anónimas. Podrán cobrar copagos y cuotas moderadoras a los usuarios, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Tendrán un órgano colegiado de dirección y contarán con reglas de gobierno corporativo, las cuales deben hacerse públicas. Cada Gestor de Servicios de Salud tendrá una reserva en Salud-Mía la cual será definida por la Superintendencia Nacional de Salud en función del número de usuarios, el índice de solvencia y su patrimonio.

Operación simultánea de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Los Gestores de Servicios de Salud podrán atender simultáneamente los afiliados de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. No obstante, deberán separar el manejo contable de ambos regímenes en unidades de negocio diferentes.

Los Gestores de Servicios de Salud al atender usuarios del Régimen Subsidiado deberán prestar los servicios, en primer lugar, con los Prestadores de Servicios de Salud Públicos presentes en el Área de Gestión Sanitaria donde operan. Si la oferta pública disponible no es suficiente para la demanda requerida, los Gestores de Servicios de Salud podrán prestar el servicio con Prestadores de Servicios de Salud Privados.

Pago a los Prestadores de Servicios de Salud.

Los Gestores de Servicios de Salud definirán con cada uno de los Prestadores de Servicios de Salud que integran su red el mecanismo y la forma de pago por los servicios pactados. Estos pagos deben contener al menos una porción fija anticipada en función de los servicios pactados, y una variable en función del desempeño en el cumplimiento de metas de resultados en salud y calidad en el servicio. Con base en ello ordenará a Salud-Mía realizar los giros correspondientes a los Prestadores de Servicios de Salud.

Plazo para la implementación de la Ley.

La presente Ley para su implementación tendrá un plazo máximo de dos (2) años, salvo en aquellos casos para los cuales se haya establecido un término o condición específica. Creación y habilitación de Entidades e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

No se permitirá la creación de ningún tipo de Entidades Promotoras de Salud o su Transformación. Deberán liquidarse las actuales Entidades Promotoras de Salud. Las actuales Entidades Promotoras de Salud contarán con un plazo máximo de dos años para transformarse en Gestores de Servicios de Salud de conformidad con lo dispuesto en la presente Ley. Las Entidades Promotoras de Salud que no se transformen en el plazo señalado en el presente artículo se disolverán y liquidarán. Las Entidades Promotoras de Salud que se transformen en Gestores de Servicios de Salud podrán conservar sus afiliados dentro del área donde fueron autorizados para operar.

Durante el periodo de transición no se podrán efectuar traslados, ampliaciones de cobertura y movimientos de usuarios, salvo que se trate de circunstancias excepcionales determinadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. La creación y habilitación de nuevas Instituciones Prestadoras de Servicios, durante el término de transición, requerirá la autorización del Ministerio de Salud y Protección Social.

**COMPARACION LEY 100, Ley 1122, LEY 1438 Y PROYECTO DE REFORMA
ESTATUTARIA 209 Y ORDINARIA 210 DE 2013**

LEY 100 DE 1993	LEY 1122 DE 2007	LEY 1438 DE 2011	PROYECTO DE REFORMA 2013
<p>Objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ampliación de la cobertura en Salud. 2. Libre competencia entre Instituciones públicas y privadas. 3. Coexistencia de 2 regímenes antagónicos por sí mismos para asegurar a la población. 4. Fortalecimiento de las acciones de Salud Pública. (Control y prevención de enfermedades transmisibles de alto impacto colectivo). <p>Dirección, vigilancia y control:</p> <p>CNSS y Territoriales, Min. Protec Social, Min. Salud, Superintendencia</p> <p>Sistema Dirección Salud Dptal y municipal.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. COPACOS: Comités de participación comunitaria. 6. FOSYGA: Fondo de solidaridad y Garantía. 7. POS: Plan Obligatorio de Salud. 8. EPS: Empresa promotora de salud. 9. IPS: Institución prestadora de servicios. 10. Medicina pre-pagada y complementaria. 	<p>Objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cobertura Universal (próximos tres años) 2. Mejoramiento de la prestación de los servicios. 3. Reducción de copagos y cuotas moderadores para el régimen subsidiado. 4. Se reducen periodos de cotización para el tratamiento de enfermedades de alto costo (52 A 26 SEMANAS). 5. Establecer y actualizar un sistema de tarifas. 6. Actualizar los honorarios profesionales. 6. Presentar informe anual de evolución del sistema al Senado y Cámara de representantes. 7. Fortalecimiento de los programas de salud pública y libre escogencia. 8. Incremento en el Aporte necesario por parte del ministerio de Hacienda para población pobre no afiliado. 9. Aumento del 0.5 al régimen contributivo para la cobertura universal. 10. Nace la figura del defensor del usuario en la superintendencia de salud. 	<p>Objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unificación del POS para los dos regímenes. 2. Portabilidad de beneficios en cualquier lugar del país. 3. Acciones de salud pública colectivas y de alto impacto. 4. Actualización cada 2 años del POS. 5. Libertad de cambio de EPS sin importar el tiempo de permanencia. 6. Recursos del IVA, Impuesto de armas y municiones e incremento del 25% por parte del estado para población pobre. 7. Protocolos y guías de atención. 8. Aparición del Instituto de evaluación tecnológica en salud. 9. Definición de enfermedades huérfanas. 	<p>Objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tiene 2 años para su implementación. 2. Dirección, reglamentación, vigilancia y fiscalización conformada por junta directiva: Ministro de salud, Ministro de hacienda, Ministro de protección social y un delegado del presidente de la república. 3. Creación de SALUD MIA definida como unidad de gestión financiero o fondo único descentralizado cuyo objetivo será unificar el papel de las EPS con el papel del FOSYGA. 4. Cambio del POS a MI PLAN y de IPS a Gestoras de salud. 5. Antiguas EPS que se acrediten podrán participar ahora como gestoras de Salud. 6. Continuidad de la medicina pre-pagada y complementaria.

	<p>11. Creación de la CRES.</p> <p>12. Implementación de Sist. De Información.</p> <p>13. Actualización anual del POS y cambio de ARS a EPS~S.</p> <p>15. Aparecen recursos ETESA y azar.</p>		<p>7. Continuidad en Inspección, vigilancia y control por entes territoriales.</p> <p>8. nombramientos de gerentes por meritocracia</p> <p>9. Autonomía Intelectual y respeto a la academia médica.</p> <p>10. Creación de un Sistema único de Información, registro y evaluación.</p>
--	--	--	--

EFFECTOS ADVERSOS EN LOS USUARIOS DEL SISTEMA EN SALUD.

La salud actualmente atraviesa por una lógica técnica-mercantil y una lógica política; lo que conlleva a la desarticulación del sistema, siendo la salud un derecho fundamental para toda la población en general sin ningún tipo de distinción debe contar con disponibilidad del servicio, accesibilidad, aceptabilidad, calidad sin obtener nada a cambio. Sin embargo aun cotizando el colombiano no recibe servicios con calidad, la profesión médica día a día pierde su prestigio e idoneidad presentando efectos en la aplicación de la salud sobre los usuarios y sus familiares ocasionando no solo la mala atención sino aumento de morbilidad colectiva mental.

A continuación se expone los principales efectos, en donde se muestra las fallas más relevantes del sistema y su relación con los ciudadanos. ⁽¹⁴⁾

- Falta de explicación detallada de las guías de atención y protocolos: Tramitología complicada, dificultad en el acceso a la atención, pérdida de calidad de vida, agotamiento físico y mental.

- Error médico y efectos adversos: Mortalidad quirúrgica, anestésica, infección intrahospitalaria, diagnósticos erróneos, mala anamnesis, infraestructura deficiente, falta de insumos adecuados.
- Aumento en Muerte de niños y adolescentes
- Demora en la atención en accidentes.
- Paseo de la muerte por la descoordinación en la asistencia del enfermo y su traslado al sitio de atención en ambulancias.
- Desabastecimiento de medicamentos y dilación en la entrega afectando los tratamientos de las enfermedades de alto riesgo.
- Falta de oportunidad en citas médicas y especialistas.
- Malos sistemas de asignación de citas
- Deficiencia en la capacitación del personal asistencial generando mala conexión dentro de los procesos del sistema.

EL PRINCIPIO DE EFICIENCIA:

Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población. (Ley 100, Ley 1438, Proyecto Reforma 2013.)

1. Caso presentado el 30 de Abril de 2013.

LA PEQUEÑA PAULA SOFIA NACIO CONDENADA A MORIR. ⁽¹⁵⁾Muere niña por tramitología en EPS SOLSALUD. Desacatamiento de tutela para efectuar cirugía cardiovascular. Los recursos son desaprovechados. Inoperancia administrativa y financiera ocasionan insuficiencia en la red de los servicios.

2. Caso presentado el 23 de Marzo de 2012.

ASI SE ROBARON EL SISTEMA DE SALUD DE LOS COLOMBIANOS. ⁽¹⁶⁾Compendio de casos presentados en artículo del tiempo por Juan Gossain.

A. CAPRECOM niega cirugía de ojos por tumor a niño de 6 meses.

B. Hombre intenta suicidarse por demora de 8 meses en cita médica. IPS SALUDCOOP.

C. Medico es agredido por paciente que llevaba 3 días en recepción por dolor de cabeza. El paciente sufrió embolia cerebral.

D. Hospitales en quiebra por deuda del 60 % del dinero recaudado por las EPS. Fundación Hospital San Vicente de Paul de Medellín .Hospital General de Medellín. Fundación Oftalmológica de Santander. IPS universitaria de Medellín. Fundación clínica Valle de Lili. CAPRECOM (EPS Estatal única del estado colombiano).

EL PRINCIPIO DE PARTICIPACION SOCIAL:

El Sistema propende por la intervención de la comunidad en su organización, gestión y fiscalización, así como en las decisiones que la afectan o interesan. (Ley 100.Ley 1438)

1. Caso presentado el 3 de Marzo del 2013.

ASI AFECTARA A LA GENTE LA REFORMA DE LA SALUD. ⁽¹⁷⁾Pese a que todavía no se ha aprobado el proyecto de ley, por el Congreso, lo dicho ha generado toda clase de inquietudes entre actores del sistema, y particularmente entre los usuarios, que no tienen claro cómo podría impactarlos la eventual reforma.

2. Caso presentado 1 de Marzo de 2013

MARCHAS POR DERECHO A LA SALUD EN VARIAS CIUDADES DEL PAIS.

⁽¹⁸⁾Pacientes, trabajadores y ciudadanos se movilizaron en Bogotá, Medellín, Pereira y Manizales. Rosa María Martínez asistió a la marcha en compañía de su esposo de 60 años, que se encuentra en silla de ruedas. Ella afirma que se sumó a la protesta por la mala calidad de los servicios de salud: "Vengo del campo y tengo a mi esposo muy enfermo. Para que lo atiendan en la EPS es toda una brega. Le demoran las citas y la última que dieron para el Hospital Simón Bolívar, es en un mes. Por eso digo que la atención es muy regular".

EL PRINCIPIO DE EQUIDAD:

El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población. (Ley 100, Ley 1438, Proyecto Reforma 2013.)

1. Caso presentado el 17 de Mayo de 2012.

COLOMBIANOS TENDRAN EL MISMO PLAN DE SALUD DESDE EL PRIMERO DE JULIO. ⁽¹⁹⁾Gobierno anunció unificación de regímenes subsidiado y contributivo. Se beneficiará a 11,5 millones de personas, entre los 18 y los 59 años, que pertenecen al régimen subsidiado de salud. Los menores de 18 años y los adultos mayores de 60 años ya tenían unificados dichos planes. Desde julio, estos 11,5 millones de afiliados a EPS del subsidiado recibirán exactamente los mismos servicios, medicamentos, procedimientos y tratamientos que aquellos que pertenecen al régimen contributivo. El Gobierno asegura que la financiación de esta medida está garantizada hasta el 2022.

2. Caso presentado el 30 de Octubre 2012

BOGOTA VE VIABLE ASUMIR ATENCION DIRECTA DEL REGIMEN SUBSIDIADO. ⁽²⁰⁾Así lo considera la Alcaldía a través del Fondo Financiero Distrital. Mediante este, el Gobierno Distrital insistió en que es viable técnica y jurídicamente que Bogotá asuma directamente la atención de más de 1'700.000 afiliados del régimen subsidiado, que son de escasos recursos.

EL PRINCIPIO DE PROTECCION INTEGRAL

El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia. (Ley 100)

EL PRINCIPIO DE PROTECCION ESPECIAL A NIÑAS Y NIÑOS.

El Sistema establece medidas concretas y específicas para garantizar la protección especial a las niñas y los niños. También adoptará políticas de promoción y prevención dirigidas específicamente a esta población. (Proyecto Reforma 2013)

1. Caso presentado el 4 de Abril del 2013.

EPS SE VOLVIERON BARRERAS DE ACCESO: DISTRITO ANTE CRISIS DE SALUD. ⁽²¹⁾El mal servicio en diferentes centros de salud de Bogotá, donde el hacinamiento, personas en el piso a la espera de una cita y falta de médicos, fueron el común denominador en las últimas horas.

2. Caso presentado el 1 de Marzo del 2013

¿DE QUE SE QUEJAN MAS LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE SALUD? ⁽²²⁾

Negativa a prestar servicios incluidos en el POS y mala atención, encabezan la lista de denuncias. Los usuarios bogotanos de lo que más se quejan, una y otra vez, contra las Empresas Promotoras de Salud del régimen contributivo (EPS), subsidiado (EPSS) e instituciones prestadoras de servicios (IPS) es que les nieguen servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Pero las situaciones que más están molestando últimamente a los pacientes entre esas instituciones son la atención "deshumanizada", el maltrato, la extralimitación y el abuso que cometen empleados y, en algunos casos, hasta el personal médico.

EL PRINCIPIO DE LIBRE ESCOGENCIA

El Sistema permite que los afiliados tengan la libertad de elegir sus Gestores de Servicios de Salud dentro de la oferta disponible, la cual podrá ser definida por la autoridad estatal competente, con base en razones atinentes a la seguridad, calidad y eficiencia del servicio. En todo caso, los cambios no podrán disminuir la calidad o afectar la continuidad en la prestación del servicio y deberán contemplar mecanismos de transición para evitar una afectación de la salud del usuario. Dicho cambio no podrá eliminar alternativas reales de escogencia donde haya disponibilidad. (Ley 100.Ley 1438.Proyecto Reforma 2013.)

1. Caso presentado 2 de Noviembre 2001.

LA CRISIS DE LA SALUD SÍ TIENE REMEDIO ⁽²³⁾ Analizar el tema de la libre escogencia en salud y garantizar a los usuarios el derecho a ser atendido en la entidad que más les convenga; ajustar el decreto que regula la creación de los Registros individuales de prestación de servicios (Rips) y ver la pertinencia o no de que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) tengan sus propias clínicas fueron algunas de las propuestas que se hicieron ayer en el marco del foro Encrucijada de la Salud, salida a la crisis.

2. Caso presentado el 2 de Septiembre de 2011.

¿QUE TAN LIBRES SOMOS PARA ESCOGER Y DECIDIR? ⁽²⁴⁾ Cada vez son más frecuentes los casos de usuarios de servicios de salud que interponen tutelas para defender su derecho a escoger la institución prestadora de servicios de salud que les habrá de prestar sus servicios. Incluso se dan casos en los que la tutela

falla a favor del afiliado y le ordena al Gerente de la EPS que se respete la decisión del afiliado y aun así algunas de estas entidades no cumplen con el fallo de la tutela, y tal como lo registran los diarios locales y nacionales, las oficinas jurídicas de estas EPS en ocasiones prefieren que los Gerentes se vayan a la cárcel por desacato a la tutela en vez de cumplir obedientemente con lo decidido en los tribunales de justicia.

EL PRINCIPIO DE CALIDAD

El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia. (Ley 100.Ley 1438.Proyecto Reforma 2013.)

1. Caso presentado el 28 de Octubre del 2012

TRES DRAMAS POR CULPA DE LA CRISIS EN EL SECTOR SALUD. ⁽²⁵⁾La reciente muerte de dos pacientes volvió a poner el foco sobre el sistema. Medicamentos que no se entregan en su totalidad, procedimientos cuya autorización se dilata, demoras para obtener citas con especialistas y salas de urgencias cuya congestión atrasa la atención de los casos graves son, de acuerdo con las organizaciones de pacientes, una constante dentro del sistema de salud.

2. Caso presentado el 25 de Octubre del 2012.

¿POR QUE SE MUERE LA GENTE ESPERANDO SER ATENDIDA EN URGENCIAS? ⁽²⁶⁾ Todos coinciden en que han colapsado por un constante incremento de la demanda, que desborda su capacidad instalada y los recursos profesionales. No solo se encontró que hubo un aumento acumulado de estas consultas del 13,7 por ciento entre el 2008 y el 2010, sino que el 46 por ciento del total no eran tan urgentes. Al preguntárseles a estos usuarios por qué recurrían a tales servicios, pese a no tener casos tan graves, el 23 por ciento aseguró que las citas por EPS son demoradas; el 15 por ciento, que es complicado pedir una cita por consulta externa; otro 15 por ciento asistió a consulta, pero no le resolvieron el problema, y el 13 por ciento afirmó que le gusta la calidad de estos servicios.

EL PRINCIPIO DE TRANSPARENCIA

Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.(Ley 100.Ley 1438.Proyecto Reforma 2013)

1. Caso presentado el 25 de Octubre del 2012

NUEVO CASO DE NEGLIGENCIA MÉDICA EN CLINICA CAFAM. ⁽²⁷⁾El secretario de salud de Bogotá, Guillermo Alfonso Jaramillo, denunció un segundo caso de negligencia médica en la clínica de Cafam, en donde el martes murió la niña Ana María de 11 meses de nacida porque no se le prestó la debida atención.

2. Caso presentado el 14 de Mayo del 2012

50 MIL MEDICOS PIDEN A SANTOS PENSAR EN OTRO MODELO DE SALUD. ⁽²⁸⁾"De tiempo atrás nosotros, los médicos de Colombia, hemos venido advirtiendo sobre el deterioro progresivo de todos los indicadores del sistema, que van más allá del regular estado de salud de la población y al que se suman la crisis de los hospitales, el poco transparente manejo de los recursos, la carencia de rectoría, los grandes vacíos en materia de vigilancia y control y los elevados niveles de corrupción, favorecidos, entre otras razones, por la enrevesada estructura del sector"

CONCLUSIONES

Las reformas que se le han hecho a la ley 100 (ley 1122 de 2007 y 1438 de 2001), no modifican en absoluto la situación precaria de la red pública hospitalaria, tampoco el profundo deterioro de la calidad de la prestación de los servicios y la precaria situación de los profesionales médicos. Resultados que rebosan el vaso y demandan una pronta solución a esta crisis.

Con la ley 1122 de 2007 simplemente se busca mejorar algunos aspectos del sistema de salud pero no se buscan soluciones de fondo. Los desempleados sin afiliación al sistema de salud, los desplazados, los vinculados al sistema, los excluidos por el SISBEN (Estratos 0,3,4), el desconocimiento sin justificación científica del servicio prescrito por un médico o profesional de la salud que no se encuentra prescrito a la entidad prestadora del servicio, los servicios médicos no POS entre muchas otras cosas.

La posibilidad de aumento en la cobertura de la población asegurada a salud aunque no total se ha dado con la ley 100 pero las condiciones de la calidad en salud han disminuido porque los recursos del presupuesto destinados al subsidio a la demanda continúan dirigiéndose al subsidio a la oferta y el agravante es que su manejo está influenciado por factores políticos y de conveniencia gubernamental.

La aplicación del sistema de identificación de beneficiarios de subsidios sociales (SISBEN), se ha visto alterada en muchos municipios en donde ha predominado el factor político partidista para la adjudicación del carné de beneficiario.

El más notable beneficio de la ley 100 es que canalizó los recursos al área de la salud que antes no llegaban y dio al grupo de población pobre y vulnerable un aseguramiento social que antes no existía. El país tiene hoy en día la experiencia histórica de contar con un sistema de salud de base pública, integrado, que generó procesos de prevención, atención y rehabilitación a los más necesitados.

El MAPIPOS para el POS contributivo cuenta con menor listado de medicamentos genéricos a ofertar en relación con los que aparecían antiguamente en la única prestadora de servicios para privados, Instituto de Seguros Sociales (ISS) y el trabajador afiliado debe cancelar cuotas moderadoras lo cual no se hacía en el ISS.

El artículo 204 de la ley 100 viola el derecho a la igualdad en razón por la cual dispone que los trabajadores independientes respondan por la totalidad de sus aportes a diferencia de los dependientes vinculados al sector público o privado quienes deben asumir únicamente el 8 % del valor de la cotización, ya que el 12 % está a cargo del empleador, entendiéndose entonces que los trabajadores independientes asumirán el 100% de los aportes en salud. Adquiere connotaciones de aberrante, no solo se le discrimina con relación a los trabajadores que tienen un empleo estable y sueldo fijo sino que se les trata de manera desigual, injustificada y desproporcionada, obligándolos a contribuir al sistema, teniendo o no empleo y perdiendo la antigüedad si se desvincula.

Situaciones cada vez más perceptibles de la mala atención a los pacientes como la llamada paseo de la muerte, dilatación de tratamientos, negación de servicios, proliferación de tutelas para ser atendidos con calidad deben llamar la atención del gobierno pues hoy en día hay un clamor generalizado de los ciudadanos para transformar la presente ley que rige la salud colombiana.

Las medidas tomadas por el gobierno en la llamada EMERGENCIA SOCIAL EN SALUD a finales del 2009 que mostro claramente la condición mercantil del modelo de salud, crearon choque para evitar amplitud en el debate pero no resolvieron sus problemas fundamentales; además empeoraron la situación de los profesionales de la salud exigiéndoles tiempos extras y al subir el costo de los copagos en estratos medio y alto atentaron nuevamente contra la equidad.

El consenso por parte de múltiples sectores sociales y políticos frente a la necesidad de una nueva política y un nuevo modelo de salud en el país, no es compartido ni por el sector oficialista ni por las EPS, pero se constituye una suma por lograr ese objetivo desde los usuarios del servicio de salud, trabajadores del sector, académicos, periodistas, directores de hospitales públicos, cabezas de instituciones de control, secretarios de salud y algunos congresistas.

No se puede olvidar el ahora ni el ayer de la ley 100. Eliminarla totalmente exige de los actores activos pensar con inteligencia y con historia y proceder con generosidad colectiva. Salir adelante de los debates y las luchas sociales con nuevas reformas como sucedió en 2009, buscaría ir por el mismo camino.

El objetivo principal de la propuesta para la reforma de 2013 es eliminar a las EPS y que todo el control del sistema pase a manos del Estado. La creación de Salud-Mía unificará el papel del FOSYGA Y LAS EPS en esta sola entidad, todos los demás lineamientos continuarían igual, solo que con un nombre distinto.

BIBLIOGRAFIA

1. REFORMA AL REGIMEN CONTRIBUTIVO DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA, Mario Alberto Alarcón Pabón.
2. HISTORIA DE LA SALUD EN COLOMBIA, Mario Hernández Álvarez, Diana Obregón Torres, Claudia Mónica García, Juan Carlos Eslava, Román Vega Romero, La Organización Panamericana de la Salud y el estado Colombiano, Octubre 2002.
3. SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA, Julio Mario Orozco Africano, Biblioteca Virtual de Derecho, Economía y Ciencias Sociales, Antecedentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Capítulo 2, Noviembre de 2010.
4. POR QUE REFORMAR LA REFORMA, Julio Mario Orozco Africano, Edición Electrónica, [http:// www.eumed.net/libros/2006/jmo](http://www.eumed.net/libros/2006/jmo), 2006.
5. LEY 100 DE DICIEMBRE DE 1993, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, DIARIO OFICIAL. AÑO CXXIX. N. 41148.23, DICIEMBRE, 1993, PAG.1, tomado de: <http://juriscol.banrep.gov.co:1025/home.html>.
6. ANALISIS SISTEMA DE SALUD DE BOGOTA DC, Ronald Rodríguez Cogollo, Análisis Sistema de Salud de Bogotá D.C, Universidad Miguel Hernández De Elche, Madrid, Junio 2005.
7. REFORMA A LA LEY 100, Síndrome salud, Boletín de prensa No 117- 06, LUNES 7 DE MAYO 2007.
8. LEY 1122 DE ENERO DE 2007, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, Congreso de Colombia, Bogotá, D.C. 9 Enero 2007, tomado de: <http://juriscol.banrep.gov.co>.
9. REVISTA FACULTAD NACIONAL DE SALUD PUBLICA, versión impresa, salud pública v.25 n. 1 Medellín ene/ jun. 2007.

- 10.** Sancionada ley que modifica aspectos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, seguimiento al sector salud en Colombia, así vamos en salud, artículo de internet, <http://www.asivamosensalud.org/temas-de-analisis/aseguramiento/temaanalisis.ver/14>

- 11.** LEY 1438 DE ENERO DE 2011, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, Congreso de Colombia, Bogotá D.C, 19 Enero 2011, tomado de: <http://juriscol.banrep.gov.co>.

- 12.** PROYECTO DE LEY No 209, Proyecto de Ley Estatutaria, Minsalud, Ministerio de Salud y Protección Social, Senado de Colombia, 2013. <http://www.asivamosensalud.org>

- 13.** PROYECTO DE LEY No 210, Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, Proyecto de Ley Ordinaria, Minsalud, Ministerio de Salud y Protección Social, Senado de Colombia, 2013. <http://www.asivamosensalud.org>.

- 14.** CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD. Error medico y seguridad del paciente. Manuel Fajardo. Revista Cubana. Facultad de ciencias medicas. Julio-Septiembre 2005

- 15.** LA PEQUEÑA PAULA SOFIA NACIO CONDENADA A MORIR, Periódico El Tiempo, Redacción Bogotá, 30 de Abril del 2013. <http://www.eltiempo.com>

- 16.** ASI SE ROBARON EL SISTEMA DE SALUD DE LOS COLOMBIANOS, Juan Gossain, Periódico El Tiempo, 23 de Marzo del 2012. <http://www.eltiempo.com>

- 17.** ASI AFECTARIA A LA GENTE LA REFORMA DE LA SALUD, Periódico El Tiempo, Redacción vida de hoy, Sección Salud, 03 Marzo de 2013. <http://www.eltiempo.com>.

- 18.** MARCHAS POR DERECHO A LA SALUD EN VARIAS CIUDADES DEL PAIS, Periódico El Tiempo, Redacción vida de hoy, Sección Salud, 01 Marzo de 2013. <http://www.eltiempo.com>.

- 19.** COLOMBIANOS TENDRAN EL MISMO PLAN DE SALUD DESDE EL PRIMERO DE JULIO, Periódico El Tiempo, Redacción vida de hoy, Sección Salud, 17 Mayo de 2012. <http://www.eltiempo.com>.

20. BOGOTA VE VIABLE ASUMIR ATENCION DIRECTA DEL REGIMEN SUBSIDIADO, Periódico El Tiempo, Redacción Bogotá, Sección Bogotá, 30 de Octubre 2012. <http://www.eltiempo.com>.

21. EPS SE VOLVIERON BARRERAS DE ACCESO: DISTRITO, ANTE CRISIS DE SALUD. Periódico El Tiempo, Redacción Bogotá, Sección Bogotá, 4 de Abril 2013. <http://www.eltiempo.com>.

22. ¿DE QUE SE QUEJAN MAS LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE SALUD? Lucevin Gómez, Periódico El Tiempo, Redacción Bogotá, Sección Bogotá, 1 de Marzo 2013. <http://www.eltiempo.com>.

23. LA CRISIS DE LA SALUD SÍ TIENE REMEDIO Periódico El Tiempo, Sección otros, 2 de Noviembre 2001. <http://www.eltiempo.com>.

24. ¿QUE TAN LIBRES SOMOS PARA ESCOGER Y DECIDIR?, Recordando nuestra historia No. 1, Ulahy Beltrán López, Periódico El Heraldo, 2 de Septiembre de 2011.

25. TRES DRAMAS POR CULPA DE LA CRISIS EN EL SECTOR SALUD Periódico El Tiempo, Redacción Salud, Sección Salud, 28 de Octubre del 2012, <http://www.eltiempo.com>.

26. ¿POR QUE SE MUERE LA GENTE ESPERANDO SER ATENDIDA EN URGENCIAS? Periódico El Tiempo, Redacción Salud, Sección Salud, 25 de Octubre del 2012, <http://www.eltiempo.com>.

27. NUEVO CASO DE NEGLIGENCIA MÉDICA EN CLINICA CAFAM, Ariel Cabrera,| Clasificada bajo Bogotá, Salud, 25 de Octubre del 2012.

28. 50 MIL MEDICOS PIDEN A SANTOS PENSAR EN OTRO MODELO DE SALUD. Periódico El Tiempo, Redacción Salud, Sección Salud, 14 de Mayo del 2012, <http://www.eltiempo.com>.