

RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY ESTATUTARIA EN SALUD

Comisión Conjunta para el Estudio e Implementación de la Ley Estatutaria en Salud



MINSALUD



CONTENIDO

Recuento del Acuerdo y la Comisión	5
Introducción.....	9
1. Alcance del Derecho Fundamental	13
2. Autonomía Médica y Autorregulación	24
3. Estatuto de Personal para los Trabajadores de la Salud.....	29
4. Consideraciones de Integralidad en la Prestación de Servicios.....	33
5. Sostenibilidad Financiera	38
6. Política Farmacéutica	42
7. Sistemas de Información	45
8. Determinantes sociales en salud. Enfoque en mejores prácticas	47
9. Inspección, Vigilancia y Control	50
10. Batería de indicadores de seguimiento al goce efectivo del Derecho Fundamental a la Salud.....	53
Consideraciones Finales.....	55



RECUENTO DEL ACUERDO Y LA COMISIÓN

Es bien sabido que la Ley 100 de Diciembre 23 de 1993, ley innovadora e importante en su momento, se desgastó y llevó la salud de los colombianos a una profunda crisis; crisis que necesariamente condujo hacia la Ley Estatutaria, Ley 1751 de febrero de 2015, la cual elevó la salud de los colombianos a un derecho fundamental; este hecho es uno de los acontecimientos legislativos más importantes de los últimos años y el fortalecimiento del accionar político y jurídico en un verdadero estado social de derecho.

Es de anotar que en los 26 artículos de la Ley 1751 de febrero de 2015 y en la sentencia C-313, se encuentran el marco y la estructura jurídicos, el accionar y las directrices, la proyección de consideraciones y ejecutorias para un sistema de salud diferente, sistema capaz de hacer cumplir el goce del derecho fundamental y ordenamiento constitucional. De ahí que desde la promulgación de la Ley Estatutaria en Salud se cree que es necesaria y de suma urgencia su implementación; esto es, crear los mecanismos jurídicos que permitan su aplicabilidad; desarrollar las bases, estructura, articulación y funcionalidad que garanticen su integridad y ejecución y finalmente diseñar toda una serie de normas, resoluciones, decretos y leyes

tales que en conjunto lleven o generen un sistema de salud que garantice, por parte del Estado, el cumplimiento del derecho fundamental.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social inició la implementación; esto expidiendo decretos y resoluciones, diseñando y desarrollando los mecanismos, bases y estructura e introduciendo la nueva normatividad dentro del funcionamiento actual. Es en este momento en el cual la Academia Nacional de Medicina, como órgano asesor y consultor del Gobierno Nacional en lo relacionado a la Salud y Educación Médica, y considerando la lenta e insuficiente implementación, la diferencia entre Ley 100 de 1993 y Ley 1751 de 2015, la necesidad de una celeridad y directrices hacia un nuevo sistema de salud y –especialmente- la necesaria participación del sector médico, que ofrecía su concurso, su apoyo, su participación entre otros; y para esto planteó la creación de una comisión conjunta para el estudio e implementación de la Ley Estatutaria.

La Comisión Conjunta Ministerio de Salud y Protección Social – Academia Nacional de Medicina, cuyo objetivo fundamental es ayudar, colaborar,

organizar, continuar e impulsar la normatividad para la implementación de la Ley Estatutaria, y a través de sus recomendaciones participar en la generación de un sistema de salud que garantice el goce pleno del derecho fundamental: La Salud de los colombianos.

Bajo estas directrices se creó la Comisión Conjunta conformada por médicos designados por la Academia Nacional de Medicina y por profesionales y funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social, designados por el Ministro de Salud. Esta comisión, teniendo en cuenta la Ley Estatutaria en Salud, define los temas a estudiar e implementar, los objetivos a cumplir, la logística y metodología a desarrollar y los plazos a cumplir. Finalmente, el 29 de enero de 2018 se firma el Acuerdo Academia Nacional de Medicina de Colombia–Ministerio de Salud y Protección Social, entre el Ministro de Salud Dr. Alejandro Gaviria Uribe y el presidente de la Academia Nacional de Medicina, Dr. Herman Esguerra Villamizar.

Los componentes de la Comisión Conjunta designados por el Ministerio de Salud fueron: Dr. Alejandro Gaviria Uribe, Dra. Marcela Montealegre, Dra. Mery Concepción Bolívar, Dra. Martha Lucia Ospina, Dr. Félix Régulo Nates, Dr. Germán Escobar y Dr. Luis Gabriel Fernández.

Los designados por la Academia Nacional de Medicina: Académico Dr. Herman Esguerra Villamizar, Académico Dr. Germán Gamarra Hernández, Académico Dr. José Félix Patiño, Dr. Nelson Contreras, Académico Dr. Gustavo Quintero, Dr. Pedro Contreras, Dr. Ricardo Navarro, Dr. Carlos Francisco Fernández, Dr. Rodrigo Córdoba, Dr. César Augusto Cortés, Académica Dra. Angela González, Dr. Carlos Alberto Palacios, Dr. Julio César Castellanos, Académica Dra.

Liliana Arias Castillo, Académico Dr. Gabriel Riveros y Académico Dr. Jorge Gómez Duarte.

Los temas por tratar fueron:

- Alcance del derecho a la Salud.
- Autonomía médica y autorregulación.
- Estatuto de Personal de Salud.
- Sostenibilidad financiera del Sistema.
- Consideraciones de Integralidad en la Prestación del Servicio.
- Determinantes sociales en salud. Enfoque en mejores prácticas.
- Política Farmacéutica.
- Batería de Indicadores de seguimiento al goce efectivo del Derecho Fundamental a la Salud.
- Inspección, Vigilancia y Control.
- Sistema de Información.

Con los anteriores temas se consideró que se abarcaban los puntos fundamentales de la Ley Estatutaria en Salud.

En cumplimiento del Acuerdo se realizaron múltiples reuniones con estudio y exposición de los temas y la formulación de unas recomendaciones, las cuales en un primer documento fueron entregadas al Ministro de Salud en junio de 2018. En este documento se entregaron 50 recomendaciones sobre cinco temas (autonomía médica y autorregulación, estatuto de personal de salud, sostenibilidad financiera del sistema, política farmacéutica, consideraciones de integralidad en la prestación del servicio), quedando pendiente lo correspondiente a los otros cinco temas formulados inicialmente.

Por el cambio de gobierno no hubo oportunidad para considerar las recomendaciones formuladas. Estas fueron transmitidas al nuevo gobierno. Una vez realizado el nombramiento del nuevo Ministro de Salud y Protección Social, el Dr. Herman Esguerra Villamizar (presidente de la Academia Nacional de Medicina) hizo conocer el documento al nuevo Ministro de Salud y Protección Social, Dr. Juan Pablo Uribe, y le manifestó el interés para que dichas recomendaciones fueran consideradas, que hubiera continuidad en el Acuerdo y que se trataran los temas pendientes.

En una reunión en la Academia Nacional de Medicina el 13 de marzo de 2019 se firma nuevamente el Acuerdo y se da continuidad a la comisión conjunta para el estudio e implementación de la ley estatutaria. Los nuevos componentes de la comisión designados por el Ministro de Salud fueron: Dr. Anwar Rodríguez, Dr. Aurelio Mejía, Dra. Olga Lucía Giraldo, Dra. Aida Milena Gutiérrez, Dra. Andrea Hurtado, Dr. Luis Gabriel Bernal, Dr. Germán

Rueda, Dra. Sandra Girón, Dra. Mariana Barros, Dr. Samuel García.

Por parte de la Academia Nacional de Medicina se continuó con los mismos participantes y se adicionó al Dr. José Ricardo Navarro, Decano de la facultad de Medicina de la Universidad Nacional.

Inicialmente el Ministerio de Salud hace un estudio y revisión de las recomendaciones ya formuladas y da sus consideraciones a estas, y se inicia entonces el estudio y consideración de los temas no tratados y una segunda revisión de los ya tratados.

A principios de diciembre de 2019 se termina el estudio y formulación de las recomendaciones, las cuales permiten la elaboración de un documento con 89 recomendaciones, cuyo interés es ofrecer al gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, las bases para la implementación de la Ley Estatutaria en Salud, Ley 1751 de 2015, en tal forma que permita el goce del derecho a la salud de todos los colombianos.

Herman Esguerra Villamizar



INTRODUCCIÓN

En 1991 la Asamblea Nacional Constituyente decreta, sanciona y promulga la Constitución Política de Colombia. Es así entonces que, en esta nueva constitución (1991) y como principio fundamental, Colombia es un Estado Social de Derecho que “hace relación a la forma de organización política que tiene como uno de sus objetivos combatir las penurias económicas o sociales y las desventajas de diversos sectores, grupos o personas de la población, prestando la asistencia y protección.”.

Es así entonces que esta constitución establece los derechos fundamentales, entre ellos: Derecho a la vida. Derecho a la igualdad. Derecho a la intimidad. Derecho de libre desarrollo de la personalidad. Derecho a la libertad. Derecho a la paz. Derecho al trabajo. Derecho a la seguridad social. Derecho a la salud entre otros.

Dando respuesta al Estado Social de Derecho formulado por la nueva constitución, y ante el deterioro e insuficiencia en el sistema de salud y sistema de la seguridad social de ese entonces establecido 30 o 40 años antes, es entonces como un primer paso, en el sector salud, que aparece la Ley 100 de 1993, la cual garantiza “las herramientas le-

gales necesarias para un desarrollo adecuado del derecho a la seguridad social”.

En esta Ley 100 de 1993, con la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones, y que en su libro II: Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), aparecen nuevos conceptos, protagonistas y objetivos: equidad, obligatoriedad, solidaridad, cobertura, calidad, SGSSS, organismos de dirección, vigilancia y control; organismos de administración y financiación, entidades promotoras de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud, beneficiarios del sistema, régimen contributivo, régimen subsidiado. El garantizar prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica. El regular el servicio público esencial de salud y crear las condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

En este nuevo estado de derecho, la salud es considerada como una responsabilidad del Estado; con la nueva Ley, esta responsabilidad se le otorga y comparte con componentes del nuevo sistema; entre ellos existía además de la salud, algunos aspectos e intereses como la utilidad, el ánimo de lucro en mayor o menor grado, entre otros. Ade-

más, y en buena forma y dinámica organizacional y de prestación de servicios, la ley fue considerada como novedad y de grandes perspectivas y logros; con el tiempo estos últimos fueron de importancia. La corrupción y falta de control adecuado y los aspectos financieros -entre otros- minaron la ley y esta se desgastó y poco a poco fue guiando al sistema a la más profunda crisis de la salud en los últimos tiempos.

Tras 20 años de la Ley 100 y ante la crisis de salud, varias organizaciones médicas son convocadas por la Academia Nacional de Medicina y se conforma la Gran Junta Médica Nacional. Esta genera un proyecto que pretende garantizar el derecho fundamental a la salud a todos los colombianos y residentes en el país. El 16 de febrero, esta Ley Estatutaria 1751 de 26 artículos es sancionada. En ella **se eleva la salud de los colombianos a un derecho fundamental**. Se plantea un nuevo sistema de salud. El Estado se responsabiliza de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo de este derecho. Se considera la atención primaria en salud como un fundamento del sistema. Hay un plan de beneficios que deben garantizar el derecho, así como exclusiones definidas. Define como elementos y principios de este derecho entre otros, la disponibilidad, accesibilidad, universalidad, equidad, oportunidad, integralidad en la prestación del servicio y calidad. Hay consideración de las nuevas tecnologías y políticas de innovación, ciencia y tecnología, y de un sistema general de información. Hay garantía de la sostenibilidad financiera por parte del Estado, del alcance de la ley, de la autonomía y autorregulación médicas. En fin, se establece una ley que garantiza en la mejor forma posible el cumplimiento del derecho a la salud como derecho fundamental para todos los colombianos.

Es así entonces que la Ley Estatutaria 1751 de 16 de febrero de 2015 eleva el derecho a la salud como un derecho fundamental y en su artículo 1°. Objeto. La presente Ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

La misma Ley Estatutaria define en su 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.

Una vez definido su objeto, naturaleza y contenido, responsabiliza al sistema de salud allí dispuesto por el Estado para garantizar, normatizar, desarrollar y materializar el derecho fundamental. Seguidamente, se refiere, en el Artículo 4°. Definición de sistema de salud. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas, políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización para el derecho fundamental de la salud.

En el Artículo 5° el Estado se responsabiliza y obliga a garantizar el goce del derecho; a cuidarlo y no afectarlo negativamente; a normatizarlo; a hacerlo equitativo; a darle el concepto y la fuerza a la salud de una integralidad que abarca las diferentes etapas o procesos de salud; a ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control; a interpretar sus principios y hacerlos cumplir; en fin, de estructurar el sistema de salud capaz de ofrecer, garantizar, dar todo lo necesario y en forma suficiente lo relacionado a la salud para todos los colombianos. En el mismo artículo se habla de obligaciones del Estado. *El Estado es responsable... b) Formular y adoptar políti-*

cas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del sistema; c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas mediante acciones colectivas e individuales; d) Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental de la salud y determinan su régimen sancionatorio; e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y las entidades especializadas que determinen para el efecto; i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población; entre otros.

En su Artículo 6° otorga los elementos y define los principios que se interrelacionarán y complementarán para el cumplimiento del derecho fundamental. Artículo 6°. *Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental de la salud incluye los siguientes elementos a) Disponibilidad, b) Aceptabilidad, c) Accesibilidad, d) Calidad e Idoneidad profesional, y ciertos principios: a) Universalidad c) Equidad d) Continuidad i) Sostenibilidad, entre otros.*

Se considera que una vez definida la salud como un derecho fundamental, garantiza un sistema de salud capaz de ofrecer el goce de la salud como tal, crear y desarrollar toda la normatividad para la funcionalidad, etc.; es menester garantizar el cumplimiento del objeto. Es así entonces que se relaciona como primer garante de cumplimiento a las personas objeto que deben participar en las de-

cisiones adoptadas por los agentes del sistema. Así mismo, son garantes de protección del derecho las redes de servicios que estarán organizadas en redes integrales de servicios de salud. Como garantía de protección del derecho habrá prohibición de la negación de prestación de servicios y como última garantía está la definición o los servicios de salud que deben prestarse. Artículo 15°. *Prestaciones de salud. El sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de servicios y tecnología estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, prevención paliación, la atención de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas.*

En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierten algunos de los siguientes criterios: a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas; b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica; c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; d) Que su uso no sea autorizado por la autoridad competente; e) Que se encuentre en fase de experimentación; f) Que tengan que ser prestados en el exterior. Los servicios o tecnologías que cumplan con estos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente; en cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclu-

sión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrario al principio de integralidad e interculturalidad.

Finalmente, como garantía al derecho a la salud está la tutela, que de acuerdo con el parágrafo 2 del Artículo 15°, refiere: *Sin perjuicio de las acciones de tutela presentadas para proteger directamente al derecho de salud, la acción de tutela también procederá para garantizar, entre otros, el derecho a la salud contra las providencias proferidas para decidir sobre las demandas de nulidad y otras acciones contenciosos administrativas.*

Haciendo eco a este artículo, el alcance del derecho a la salud está dado para todo cuanto garantice este derecho y permita su goce efectivo con excepción de las exclusiones muy claramente

definidas y que atienden a la no financiación con recursos públicos de servicios y tecnología claramente excluidos.

El alcance del derecho a la salud dado por la Ley Estatutaria debe permitir que todos los colombianos y residentes en el país tengan acceso sin barreras de todo aquello que les permita alcanzar y llevar un buen y adecuado estado de salud.

Lo anterior teniendo en cuenta la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, control, seguimiento y cuidado paliativo, dentro de los conceptos de integralidad, calidad, oportunidad, continuidad y universalidad y los principios de sostenibilidad financiera del sistema; la autonomía y autorregulación e idoneidad médicas; los parámetros de exclusiones, racionalidad y prioridad y finalmente la obligación de su funcionamiento por parte del Estado y lo que esto representa.

1. ALCANCE DEL DERECHO FUNDAMENTAL

EL MARCO DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD

La Ley Estatutaria -Ley 1751 de febrero 16 de 2015- reconoció el derecho a la salud como fundamental. De esta manera, y atendiendo ese carácter, este derecho comprende todo aquello que permite garantizar el goce integral y efectivo de los servicios de salud que incluye la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidado paliativo, control y seguimiento enmarcados dentro de los conceptos de calidad, oportunidad y continuidad con que deben prestarse dichos servicios (art. 2° de la Ley 1751). Es así, que para la aplicación del derecho se tiene en cuenta a cada persona residente en el territorio nacional considerando su entorno y necesidades específicas desde el momento de la concepción hasta la muerte; la protección de la persona misma; también por razones científicas y éticas que evidencien el no beneficio o por una relación costo beneficio negativa y evidente para la persona. No puede perderse de vista que la propia ley reconoce sujetos de protección especial (art. 11 de la Ley 1751) y, en este sentido, prioriza en su atención y en la respuesta que debe brindar el sistema de salud a estos grupos poblacionales.

Además de lo ya expresado, dentro de las deliberaciones de la comisión se advirtieron tres aspectos que deben contemplarse y contextualizarse al momento de la prestación de los servicios, y con base en ello limitar el derecho bajo el calificativo de exclusiones. Estos aspectos son:

1. **De orden médico.** En general del talento humano en salud, en donde se resaltan aspectos éticos, científicos, médicos, propiamente dichos que obedecen a la autonomía profesional y su autorregulación dentro del ejercicio mismo de la medicina y de las profesiones de la salud.

Este es un tema que necesariamente debe tener en cuenta los conceptos de la academia y de las agremiaciones. La autorregulación¹ tiene que ver con la creación de normas por quien es él que debe cumplirlas, pero, a diferencia de la autonomía, constituye un proceso colectivo en el marco de una profesión, de imposición de normas propias y que se asocia al término homeostasis, a saber, la búsqueda de equilibrio y preservación de la existencia

1 Cfr. <http://lema.rae.es/drae/?val=autorregulaci%C3%B3n>.

del organismo. Sobre este particular, en la Declaración de la Asociación Médica Mundial de 1987, se precisa:

Paralelamente al derecho a la autonomía profesional, la profesión médica tiene una responsabilidad permanente de autorregulación y no obstante la existencia de otros reglamentos aplicables a los médicos, **la profesión médica debe tomar a su cargo la tarea de regular la conducta y actividades profesionales del médico.**² (Se resalta)

La misma debe propender por la calidad en la atención a los pacientes y la competencia del médico que la realiza y constituyen elementos primordiales de la misma³. Dentro de los elementos que se enfatizan en la autorregulación están los de conciencia de los gastos, en el sentido de accesibilidad de todos los ciudadanos, reconociendo, en todo caso, que dicho control “no debe ser usado como pretexto para negar a los pacientes los servicios médicos que necesitan”⁴, como tampoco su debilidad para suplir necesidades exageradas y que podrían entrar en el campo de la complacencia. Adicionalmente, la autorregulación implica un ejercicio de divulgación y educación primero dentro del mismo profesional y también frente al público y un esfuerzo porque la actividad que se desarrolla genere confianza⁵.

Ahora bien, por autonomía se entiende la capacidad de la persona de definir, decidir o regular

un aspecto dentro del fuero de su real saber entender sin intermediación alguna o dependencia de alguien⁶. Etimológicamente alude a la capacidad propia (auto) de darse reglas (nomos); desde siempre ha estado asociada a la libertad⁷ y de allí su fuerte nexo con la autorregulación. De acuerdo con la mencionada Declaración:

El elemento principal de la autonomía profesional es la garantía que el médico puede emitir **con toda libertad** su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes, tal como lo establece la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Independencia y la Libertad Profesional del Médico, adoptada en octubre de 1986.⁸ (Se resalta)

Ahora bien, desde la perspectiva de los médicos se ha llegado a plantear que “la autorregulación es una obligación colectiva, mientras la autonomía *recae en los individuos; la autonomía por definición no admite limitaciones ni interferencias*, mientras la autorregulación es el mecanismo que establece reglas y límites. La una y la otra son elementos fundamentales que la sociedad confiere a las profesiones, buscando el equilibrio que garantiza el beneficio de los individuos. La autonomía es un privilegio, la autorregulación es una obligación”⁹.

Si bien tales diferenciaciones pueden resultar válidas, ni la autonomía puede ser considerada *stricto sensu* un privilegio ni la autorregulación puede

2 <http://www.unav.es/cdb/ammmadrid1.html>.

3 *Ib.*

4 *Ib.*

5 *Ib.*

6 *Cfr.* <http://lema.rae.es/drae/?val=autonom%C3%ADa>.

7 La autonomía llegó hasta convertirse en una deidad griega.

8 <http://www.unav.es/cdb/ammmadrid1.html>.

9 En El Espectador, 11 de agosto de 2013, “La autonomía profesional del médico”, en <http://www.elespectador.com/opinion/autonomia-profesional-del-medico-columna-439319>. [consultado el 14 de agosto de 2013]

reducirse a una obligación exclusivamente. Esta última también reconoce un derecho de la profesión de darse las normas de ejercicio de su arte o ciencia, sin perjuicio de regulaciones externas (que serían válidas conforme a la propia Declaración). Por su parte, la autonomía tiene una faceta negativa. Además de las limitaciones que subyacen al ejercicio dentro del SGSSS –tal y como se verá–, la autonomía plantea una responsabilidad esencial que se deriva de ese reconocimiento: el acto libre incorpora tener en cuenta que el ser humano que lo produce responde, en su sentido amplio, por el mismo y puede dar razón de él y debe tener un conocimiento suficiente para que de su acto tenga una clara y real responsabilidad.

2. **De orden social.** Abarca temas de prioridad, oportunidad, temporalidad, ubicación y determinantes sociales, relaciones intersectoriales, destinación de los recursos del sector salud, entre otros.

En este punto, la comisión debe reconocer las prioridades que plantea el propio Estado Social y de Derecho que nos gobierna, uno de los cuales es el interés prevalente de las niñas, niños y adolescentes, así como su protección constitucional reforzada y la de otras poblaciones en situación de debilidad manifiesta. No en el sentido de exclusividad frente a otras poblaciones que también gozan de ese derecho, pero sí de prioridad a lo cual debe darse respuesta.

Adicionalmente, en este contexto, para la comisión es muy importante que el desarrollo coherente de la ley estatutaria contemple las relaciones intersectoriales pues ha advertido que el sector salud asume plenamente las de-

ficiencias de otros sectores y gastos que “no serían necesariamente del sector”. Esto habida cuenta que tan solo del 30 al 40% de la enfermedad se genera en su campo y el resto de otra serie de factores que implican diferentes sectores a la salud. Si bien la Comisión es consciente que la sentencia C-313 de 2014 declaró inexecutable el parágrafo del Artículo 8° de la Ley 1751, ello no significa que el sector salud deba cargar con tales carencias.

Aunque el lenguaje no es unívoco, se advierte que la observación profundiza en este último aspecto que dimensiona y caracteriza la salud y con ello, otros aspectos que la afectan o inciden en la misma, es decir, no adquiere el carácter de componente. La definición de salud apunta entonces a reconocer esa interdependencia frente al entorno, pero no reduce el mismo a la salud ni plantea una identidad absoluta. Los Estados deben, eso sí, trabajar arduamente en los determinantes.

En tal sentido, es imprescindible vincular a los restantes sectores que tienen que ver con determinantes sociales de la salud para restablecer los equilibrios que se han perdido. Un paso en tal sentido es la Comisión Intersectorial de Salud Pública, pero es necesario profundizar mucho más en los aspectos comunes y en las obligaciones sectoriales.

Es claro que si el sector salud financia una prestación que no corresponde directamente con la garantía del derecho a la salud, estaría incurriendo en un peculado y contraviniendo la norma estatutaria y el artículo 48 de la Constitución Política, mod. por al A.L 1 de 2005.

3. **De orden financiero.** Se contemplan aspectos económicos, implementación de tecnología y desarrollo científico, el concepto costo-beneficio, la sostenibilidad financiera y financiamiento por parte del Estado.

Cuando por cualquiera de los procesos o razones antes expuestas se excluya la prestación, la persona deberá recibir la atención supletoria o paliativa que mejore su calidad de vida a manera de compensación, es decir, no puede excluirse una prestación sin que exista un plan de manejo alternativo.

Por lo anterior es necesario que tanto la academia como las sociedades científicas asuman el liderazgo de proponer la reglamentación de los procesos científicos y la conformación de juntas médicas como mecanismos de autorregulación con autonomía médica.

CONCEPTO Y CONSIDERACIONES SOBRE EL ALCANCE DEL DERECHO A LA SALUD

Puede decirse que el alcance del derecho a la salud promulgado por la Ley Estatutaria –Ley 1751 de febrero 16 de 2015– abarca todo aquello que permite gozar en forma integral, no solo del concepto sino en realidad de los aspectos de salud y que comprenden la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidado paliativo, control y seguimiento enmarcados en calidad, oportunidad y continuidad.

Siendo la salud un derecho fundamental debe estar no solo dirigido a la persona o individuo, sino que cumpliendo el principio de universalidad debe estar y ser capaz de ofrecer y proporcionar el derecho a toda la población nacional y residente en el

país y desde el mismo momento de la concepción hasta la muerte.

Como todo derecho fundamental conceptualmente puede considerarse ilimitado; mas su oferta, ejercicio y disfrute deben obedecer también a aspectos limitantes que son dados por la misma sociedad y condiciones de ella, y que hacen parte del ordenamiento jurídico. En principio, estas limitantes generarían unas exclusiones dependientes de aspectos de orden médico: Éticos, científicos, médicos, propiamente dichos; de orden financiero: Económicos, implementación de tecnología y desarrollo científico, costo-beneficio, sostenibilidad financiera y financiamiento por parte del Estado; y aspectos de orden social: Prioridad, oportunidad, temporalidad, ubicación y determinantes sociales, entre otros.

La categorización de las exclusiones, si bien obedece a orígenes o fuentes diferentes, estas deben armonizarse, complementarse y potencializarse de tal forma que su tendencia no solo esté en tener un menor y justificado número de exclusiones, sino en cumplir a lo máximo el alcance del derecho mismo.

En la categorización de las exclusiones tenemos que aquellos referidos como aspectos médicos necesariamente tienen que obedecer a la autonomía médica y autorregulación y del ejercicio mismo de la medicina, de la capacidad resolutoria del médico y de los aspectos relacionados con la educación médica, conocimiento y actualización de este. Los referidos como aspectos financieros tienen que ver con la capacidad y desarrollo del Estado y sociedad; el conocimiento y desarrollo científico y actualización tecnológica, y con el presupuesto y sostenibilidad financiera. Finalmente, los relacionados con la estructura misma

de la sociedad obedecen a su distribución geográfica y cultural, y van a depender del desarrollo del Estado como tal y de la misma sociedad; de sus determinantes sociales, de la relación intersectorial y de la capacidad convocatoria resolutoria y de gobernanza del mismo Estado.

De acuerdo con los anteriores conceptos, se tiene que es necesario una normatividad para poder ofrecer, ejercer y acceder a un derecho fundamental como es la salud. Esta normatividad tiene que darse a través de leyes, decretos y resoluciones que deben ser progresivos y expansivos, deben atender a recomendaciones democráticas, participativas, transparentes y que lleven a una acertada implementación. Estas recomendaciones necesariamente deben darse y concretarse por los médicos, academia, asociaciones científicas y Ministerio de Salud y órganos legislativos, tales que, permitan además, cumplir al máximo con lo aspirado por el alcance del derecho fundamental.

LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL Y AUTÓNOMO

La Sentencia C-313 basada en el artículo 49 Superior, establece que la salud, así como el saneamiento ambiental, son servicios públicos en virtud de los cuales se garantiza “a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.”

La misma sentencia establece que el Estado debe proveer de los recursos necesarios que le permita a la población tener un goce efectivo del derecho a la salud y que por lo tanto, todas las autoridades deben propender por ello y aclara que ninguna autoridad puede restringir los derechos fundamentales bajo la excusa de la estabilidad fiscal. Art. 49º

de la Constitución, Parágrafo. *Al interpretar el presente artículo, bajo ninguna circunstancia, autoridad alguna de naturaleza administrativa, legislativa o judicial, podrá invocar la sostenibilidad fiscal para menoscabar Los <sic> derechos fundamentales, restringir su alcance o negar su protección efectiva”. (Subrayado fuera del texto).*

El anterior artículo destaca, por un lado, el papel activo del Estado en la economía, por el otro, la prioridad del gasto público social, así como también la progresividad para el acceso a los bienes y servicios. Esto aunado a la imposibilidad de invocar la sostenibilidad fiscal para menoscabar, restringir o negar la protección efectiva de los derechos fundamentales.

En el caso del ordenamiento jurídico colombiano, y por vía jurisprudencial, en sede de revisión, la Corte Constitucional profirió la sentencia T-760 de 2008, en uno de cuyos relevantes apartes, se sintetizó lo que hasta ese momento había considerado el Tribunal Constitucional sobre el derecho a la salud. Dijo la Sala de Revisión:

“(…) El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud re-

queridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna(...). Es así que “La Sala ha identificado a lo largo de la jurisprudencia de la Corte, tres lineamientos claros y diferenciables: (i) La dignidad humana entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características (vivir como quiera). (ii) La dignidad humana entendida como ciertas condiciones materiales concretas de existencia (vivir bien). Y (iii) la dignidad humana entendida como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (vivir sin humillaciones)” Con base en esto la Corte concluye “(...) El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad;{...}”

La exposición de motivos que sustentó el Proyecto de la Ley Estatutaria, fundamentó su propuesta en la necesidad de superar los siguientes problemas del aseguramiento comercial establecido en la Ley 100: “acceso inoportuno a los servicios en los diferentes niveles, los problemas de calidad en la prestación del servicio, la ineficiencia en el uso

de los recursos, el énfasis en el enfoque curativo antes que en el promocional y preventivo, la iliquidez y dudas en relación con la sostenibilidad del sistema, la explosión tecnológica en salud que ha elevado costos; entre otros. Frente a tal inventario de dificultades se plantea “una reforma estructural que limite el lucro basado en la enfermedad y priorice el garantizar un derecho humano fundamental y no la rentabilidad de un negocio, según se advierte en el texto contenido en el órgano de publicación oficial del Congreso, los preceptos que integren la Ley Estatutaria del derecho a la salud”.

ALCANCE DEL DERECHO

Es suficientemente conocido que el aseguramiento comercial establecido por la Ley 100, para el manejo de la enfermedad se basa en una póliza que contempla un plan de beneficios PBS a cambio de un pago mensual de una UPC por afiliado o beneficiario. La atención se restringe exclusivamente a que el servicio o medicamento requerido se encuentre incluido en el PBS o que sea a través de tutela que pueda el paciente tener acceso a él, pero que implica un pago aparte a través de un reconocimiento denominado recobro. Esto ha constituido el mecanismo que ha hecho inviable el modelo de aseguramiento comercial, porque siempre existirá el interés de minimizar el listado, o de negar servicios o postergarlos, con el objeto de incrementar el lucro para los dueños de las EPS y por el contrario el interés de las IPS por incrementar el PBS o buscar el pago a través de recobros.

De otra parte, dado el avance social que determinó la Constitución como Estado Social de Derecho, que ha venido reconociendo los derechos fundamentales y por demás autónomos como el de la salud, desde su génesis se intuyó, que socialmen-

te no podían darse poblaciones excluidas o diagnósticos excluidos, sino que por el contrario debía adoptarse un modelo que orientara los recursos a la promoción y prevención, orientados al control de los determinantes sociales, disminuyendo de esta forma la demanda de los servicios de salud asistenciales. Este alcance lo establecieron las dos cámaras del órgano legislativo, Senado y Cámara en sus ponencias correspondientes: en una de las ponencias, la presentada por el Senado de la República, consignada en la Gaceta del Congreso de la República No. 300 de 2013, se dijo:

*La eliminación del texto de este artículo obedece a que **la filosofía de la presente ley es que no haya un Plan Único de Beneficios o Plan Obligatorio de Salud, sino que todos los bienes o servicios que en materia de salud requiera un individuo se encuentren cubiertos a menos que se trate de aquellos a los que alude el artículo 10 de la ponencia (límites al derecho fundamental a la salud)***”.

El derecho fundamental a la salud regula los derechos y los deberes necesarios para el pleno ejercicio del derecho.

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

Los servicios o tecnologías que no cumplan con los criterios científicos o de necesidad serán explícitamente excluidos por la autoridad competente previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especiali-

dad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad.

LA AUTONOMÍA MÉDICA EN RELACIÓN CON EL ALCANCE DEL DERECHO A LA SALUD

La jurisprudencia constitucional ha apoyado la protección a la autonomía médica bajo el argumento de que si bien son los profesionales en salud los que cuentan con la experiencia y conocimientos del caso concreto, sus decisiones deben prevalecer por encima de aquellas que sean adoptadas por órganos administrativos o jueces de tutela, situación respaldada por la sentencia T-889 de 2001.

La autonomía médica se encuentra sujeta a la autorregulación, como esquema de independencia que permite a los profesionales de la salud decidir sobre el curso de tratamientos en pacientes a su cargo, todo ello, con el fin de que el profesional proceda con la mayor rectitud, honestidad e idoneidad en la práctica de la medicina. En segundo lugar, la Ley Estatutaria señala que la autonomía de los médicos debe sujetarse a la ética, entendida esta como el “conjunto de preceptos morales que deben orientar el ejercicio de las ciencias de la salud y que, de una u otra forma, resultan vinculantes para el ejercicio de la medicina”. Entre ellos está el de velar por la salud de los pacientes y enseñar sus conocimientos médicos con estricta sujeción a la verdad científica. Como tercera y última sujeción, se tiene que la autonomía médica debe estar acorde con la racionalidad y la evidencia científica. Estos dos requisitos comparten la finalidad de prote-

ger el derecho a la salud de las personas, por esta razón, la última no puede estar separada de las dos exigencias señaladas anteriormente.

Si un objetivo puntual es que cada individuo pueda gozar efectivamente *del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente*; la relación que se presenta entre el médico y el paciente no puede ser un tema ajeno a la concreción de este objetivo común. De manera que, *“...los profesionales de las diversas especialidades médicas son hoy más conscientes que nunca, de que la promoción, recuperación y conservación de la salud son las razones éticas de la medicina y cualquier acción que las contraría, riñe abiertamente con ella.”*¹⁰

*El paciente, a su vez, debe respetar la autonomía del médico y no pedirle cosas que contradigan los parámetros normales de su ciencia o sus convicciones éticas.”*¹¹

Lo anterior significa que, en esta relación, producto de la práctica médica, el conocimiento e idoneidad ética del médico y la íntima conexión del derecho fundamental a la salud con derechos como la libertad y la autonomía de cada uno de ellos, entre otros, se trazan directrices para comprender, desde un marco general, un servicio de salud razonable. En suma, y atendiendo una lectura desde la bioética, sostuvo la Corte:

“En relación con el ejercicio médico, se considera que este se encuentra estructurado a partir de dos principios fundamentales: 1) capacidad técnica del médico y 2) consen-

timiento idóneo del paciente. La capacidad técnica del médico depende de su competencia para apreciar, analizar, diagnosticar y remediar la enfermedad. El consentimiento idóneo, se presenta cuando el paciente acepta o rehusa la acción médica luego de haber recibido información adecuada y suficiente para considerar las más importantes alternativas de curación.”¹² (Negrillas fuera del texto)

Sin embargo, aun cuando no hubiese solución definitiva o una cura que remediase la enfermedad para quien lo padece, esta relación entre el médico y el paciente lleva anexo un propósito mucho más abierto y noble: Ofrecer una oportunidad de vivir una vida en condiciones más dignas.

Precisamente, según esta Corte:

*“El ser humano necesita mantener ciertos niveles de salud para sobrevivir y desempeñarse, de modo que, cuando la presencia de enfermedades incurables y mortales afecta esos niveles, poniendo en peligro la propia subsistencia, no resulta válido pensar que el enfermo esté ineluctablemente abocado a abandonarse a la fatalidad, desechando cualquier tratamiento, por considerarlo inútil ante la certeza de un inexorable desenlace final; todo lo contrario, el paciente tiene derecho, mientras tanto, a abrigar esperanzas de recuperación, a procurar alivio a sus dolencias, a buscar, **por los medios posibles**, la prolongación de la vida amenazada, si así lo desea.”*

Sin duda, uno de esos medios es la ciencia médica y quien puede procurar esta suerte de esperanza,

10 Corte Constitucional, sentencia T-548/92 Ciro Angarita Barón.

11 Corte Constitucional, Sentencia T-548/92 M.P. Ciro Angarita Barón.

12 Corte Constitucional, Sentencia T-401/94 M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

si bien no necesariamente de recuperación, al menos de acompañamiento y seguimiento para lograr menguar su afección y su dolor, es el profesional de la salud. Queda, pues, en sus manos, buena parte del goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

MANEJO DE LOS RECURSOS FINANCIEROS

El Artículo 25 de la Ley regula el tratamiento de los recursos que financian la salud, a los cuales dota de las siguientes características: i) son públicos, ii) son inembargables, iii) tienen destinación específica y, por ende, iv) no podrán ser dirigidos a fines diferentes de los previstos constitucional y legalmente. En lo que respecta al carácter público que se le atribuye a los recursos de salud, esta Corporación ha precisado, en reiteradas ocasiones, que dicho peculio es de índole parafiscal, aspecto que refuerza su naturaleza pública.

Ahora bien, en lo concerniente a la inembargabilidad de los recursos de la salud y a la destinación específica de los mismos, es de advertir que, tal como lo ha sostenido la Corte en varias de sus providencias, *“la inembargabilidad busca ante todo proteger los dineros del Estado -en este caso los de las entidades descentralizadas del orden departamental- para asegurar en esa forma que se apliquen a los fines de beneficio general que les corresponden, haciendo realidad el postulado de prevalencia del interés común plasmado en el artículo 1º de la Carta”*. Con todo, encuentra la Corporación que la regla que estipula la inembargabilidad, eventualmente puede chocar con otros mandatos, por ello, tienen lugar las excepciones al momento de definirse en concreto la procedencia o improcedencia de la medida cautelar.

Por lo que hace relación a la destinación específica, dijo la Corte en la Sentencia C-155 de 2004, lo siguiente:

“De manera imperativa el cuarto inciso del artículo 48 superior establece que ‘No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella’.

En relación con dicho precepto superior la Corte constitucional en numerosas decisiones de tutela ha estado llamada a examinar el tratamiento que se debe dar a los recursos de la seguridad social que se encuentren depositados en entidades financieras en liquidación para asegurar precisamente el mandato de destinación y utilización exclusiva de los recursos de las instituciones de seguridad social.

Al respecto la Corte ha hecho énfasis en i) la naturaleza parafiscal de los recursos de la seguridad social tanto en materia de salud como en pensiones ii) en el tratamiento particular que debe dársele a dichos recursos en los procesos de liquidación de las entidades financieras y iii) en la imposibilidad de asimilar el caso de los depósitos de recursos parafiscales de la seguridad social en las entidades financieras con las indemnizaciones debidas por concepto de contratos de reaseguro de las enfermedades de alto costo.

Esta Corporación de manera reiterada ha precisado en efecto que los recursos que ingresan al Sistema de Seguridad Social, tanto en Salud como en pensiones, llámense cotizaciones, aportes, cuotas moderadoras, pagos compartidos, copagos, tarifas, deducibles o bonificaciones, son en realidad con-

tribuciones parafiscales de destinación específica, en cuanto constituyen un gravamen, fruto de la soberanía fiscal del Estado, que se cobra obligatoriamente a determinadas personas para satisfacer sus necesidades de salud y pensiones y que, al no comportar una contraprestación equivalente al monto de la tarifa fijada, se destinan también a la financiación global bien del Sistema General de Seguridad Social en Salud, bien del Sistema General de Seguridad Social en Pensiones¹³.

De esta manera, el precepto reitera lo dispuesto en el Artículo 48 Superior y la comprensión que a la destinación específica ha fijado la jurisprudencia constitucional, con lo cual se controla el uso que los diferentes actores del sistema den a los recursos de la salud.

En este sentido, respecto a la interpretación que pueda atribuírsele a la parte final de la disposición, esto es: “...no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente”, claro se advierte que de ninguna manera resulta de recibo una lectura según la cual, el legislador estaría habilitado para establecer una destinación diferente a los recursos de la seguridad social en salud, por cuanto ello contravendría el inciso cuarto del Artículo 48 de la Carta Política. Esta comprensión del Artículo 25 no se armonizaría con la Constitución, como quiera que bajo ninguna circunstancia los recursos de salud podrán destinarse al pago de otros emolumentos que no se relacionen directamente con la garantía el derecho a la salud de las personas, ni siquiera juicio del Magistrado Aquiles Arrieta, quien opina que ni siquiera el IVA puede pagarse con los dineros de la salud.

13 Ver al respecto, entre otras las sentencias C-086/02 M.P. Clara Inés Vargas Hernández y C-789 de 2002, M.P. Rodrigo Escobar Gil.

RECOMENDACIONES

1. Considerar el alcance del derecho fundamental a la salud y el goce efectivo de este como el objetivo final de la Ley Estatutaria 1751 de febrero 16 de 2015.
2. Crear y desarrollar todo lo relacionado con la definición, normatividad y garantía de la prestación del derecho a la salud, en virtud a lo que estos aspectos representan para la salud como derecho fundamental.
3. Definir principios y desarrollar programas que garanticen la calidad del servicio, el apoyo a la innovación y actualización tecnológica y la sostenibilidad financiera en el sistema de salud como bases del derecho al goce de la salud y como objetivo de la Ley 1751.
4. Los fundamentos del alcance del derecho a la salud son la autonomía médica y autorregulación, teniendo estas como consecuencia de un amplio conocimiento médico, una permanente actualización tecnológica y una real capacidad resolutoria; todas estas basadas en principios éticos, formación y conceptualización bioética, dados por la academia y las sociedades científicas.
5. El alcance del derecho a la salud se fundamenta en la autonomía médica - autorregulación, que son dadas y armonizadas por la academia y sociedades científicas; de ahí la gran importancia como principio de la formación médica el organizarlas, desarrollarlas, enseñarlas, fomentarlas, y socializarlas.
6. Estructurar el proceso de autorregulación como uno de los aspectos en los que se desarrolla la autonomía. Esto implica una serie de consensos a nivel de las profesiones de la salud respecto de temas vitales en la atención en salud, así como una garantía de imparcialidad del profesional hasta para emitir propuestas de composición y funcionamiento para las juntas médicas, en caso necesario.
7. Procurar y fomentar el ejercicio médico en lo ético, en lo científico y con la actualización de conocimiento y en nueva tecnología para que el cuerpo médico pueda ejercer con transparencia y claridad su autonomía y autorregulación, permitiendo entonces un sistema de calidad en el servicio y en el alcance del derecho.
8. Tener en cuenta las *Recomendaciones para la transformación de la educación médica*¹⁴ en los diferentes niveles, ya que esto permitiría la formación para el ejercicio de la atención primaria en salud, un mejor y mayor conocimiento médico, una mayor capacidad resolutoria, una mejor y permanente actualización e innovación tecnológica, todo lo cual permitiría una verdadera autonomía y autorregulación, que consecuentemente permitiría un alcance del derecho y goce efectivo de la salud como derecho fundamental.
9. En relación con los determinantes sociales, profundizar en la intersectorialidad y sus consecuencias y responsabilidades a través de la Comisión Intersectorial de Salud Pública u otra instancia que se cree para tal fin. Esto implica aclarar aspectos financieros de la destinación de los recursos del sector salud tal como lo previene el Artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.
10. Regular el Artículo 16 de la Ley 1751 de 2015 mediante ley ordinaria.

¹⁴ Documento de Recomendaciones para la Transformación de la Educación Médica. Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia Bogotá, 2019

2. AUTONOMÍA MÉDICA Y AUTORREGULACIÓN

Una de las bases en todo sistema de salud son los profesionales y trabajadores de la salud; es su conocimiento, su profesionalismo y su actuar; son sus principios éticos, humanísticos y sociales y son su estabilidad, su seguridad y su continuidad en el ejercicio mismo de su profesión u oficio; el conjunto de lo anterior permite las bases y el desarrollo de un sistema y la prestación de los servicios de salud.

La Ley Estatutaria considera que los profesionales y trabajadores de la salud son garantía para la prestación de los servicios, son base para su continuidad y calidad, y son definitivos para alcanzar la integralidad.

En el 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 estreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abu-*

so 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. Agrega la Ley en su 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 equipos médicos o similares.

En el Artículo 22° se refiere: *Política de innovación, ciencia y tecnología en salud: El Estado deberá establecer una política de innovación, ciencia y tecnología en salud orientada a la investigación y generación de nuevos conocimientos en salud, la adquisición y producción de las tecnologías, equipos y herramientas necesarias para prestar un servicio de salud de alta calidad, que permita el mejoramiento de la calidad de vida de la población.*

Podemos decir que es fundamental para el médico y con fines de fortalecimiento de la autonomía médica del conocimiento y permanente actualización en lo relacionado con los nuevos conocimientos y tecnología.

La autonomía. Está en relación con la persona o está en relación con los sujetos que puedan inferir y ser perjudicados por el hecho autónomo. La autonomía es el libre actuar de uno mismo, no debe interferir con otras autonomías. Hay dos autonomías. Si bien prima la del paciente, es la del médico la que debe proporcionar al paciente solo beneficio; es entonces su actuar de gran responsabilidad y sabiduría y dirigido al beneficio y regulado por la autonomía del paciente. La confianza hacia el médico genera mayor autonomía y así mismo mayor responsabilidad del médico, y mayor seguridad y confianza en el paciente. El conocimiento y capacidad profesional generan reconocimiento público, calidad moral y responsabilidad ética en el médico; y la autonomía del paciente se refuerza con la biotecnología, lo cual contribuye en la confianza y en una mayor autonomía. El médico ha sido sometido a requerimientos del negocio, dando lugar a una masificación de la medicina y esto a una pobre relación médico-paciente, y tal que el acto médico se basa en solo conocimiento científico y pobre conocimiento del paciente, esto está ajeno a cualquier sentimiento y se pierde confianza y no hay empatía. Con el concepto de derechos humanos, el consentimiento informado permite que la autonomía médica se imponga y la del paciente se pierda y estará a la merced de la autonomía del médico.

Bioética en la construcción de la autonomía médica. La bioética apoya el respeto a la autonomía médica. Acepta al individuo como agente moral. Obliga a la protección de sujetos discapacitados,

reconoce beneficio y beneficencia. Estimula la discusión, el enriquecimiento mutuo, la evolución de posiciones. Con respecto al pluralismo y evolución de posiciones, le permite pasar del pensamiento cartesiano causa-efecto a “el todo nunca será la suma de las partes”. Desde una formación en bioética, tendremos profesionales de la salud más autónomos y con capacidad crítica para resolver con fundamentos las imposiciones del sistema o modelo económico que vulneran el buen ejercicio y construcción de una relación médico-paciente, lo cual fundamenta la dignidad del acto médico. La bioética fortalece la autonomía médica. La bioética fortalece la relación médico-paciente y el acto médico. La autonomía médica debe ser solo limitada por sí misma. La libertad de conciencia no tiene ni genera temor a un castigo por los actos.

Normatividad internacional de la autonomía médica. *“El elemento principal de la autonomía médica profesional es la garantía de que el médico puede emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento a sus pacientes”.*

El médico debe recibir una educación que le permita un conocimiento y una actualización tecnológica de este conocimiento y dentro de la ética médica, tal que le permita una confianza y le genere una responsabilidad que a su vez permitan, con plena libertad y seguridad, generar hacia el paciente un acto médico. Además, el médico debe recibir permanente regulación sobre sus conductas y actividades. “El principio esencial de ética médica es la autonomía profesional en la atención de los pacientes”. “La autonomía es un componente esencial de la atención médica de alta calidad y por consiguiente un beneficio que se debe al paciente y que debe ser preservado”.

Autonomía y autorregulación. Paralelamente al derecho a la autonomía profesional, la profesión médica tiene una responsabilidad permanente de autorregulación y, no obstante, la existencia de otros reglamentos aplicables a los médicos, la profesión médica debe tomar a su cargo la tarea de regular la conducta y actividades profesionales del médico. De ahí que debe, al considerar su autorregulación, tener conciencia de los gastos, conciencia que le permitirá evaluar y tomar decisiones en el control de gastos, control que no debe ser usado como pretexto para negar servicios médicos ni tampoco el excesivo uso de las facilidades que limitan o agotan el uso para quienes lo necesitan.

Bioética en la construcción de la autonomía médica. En cualquier sistema de salud debe ser preocupación primordial la competencia médica, la calidad de la atención, la permanente actualización en lo relacionado con los adelantos científicos y métodos terapéuticos seguros y efectivos, todo lo cual permite una real autonomía. Las asociaciones médicas nacionales deben alertar a los médicos a adoptar una conducta ética para mayor beneficio de sus pacientes. Las violaciones a la ética deben ser rápidamente corregidas y los médicos responsables de dichas violaciones deben recibir medidas de disciplina y ser rehabilitados. La acción colectiva de la profesión médica debe asumir la responsabilidad de establecer un sistema de autorregulación profesional; así mismo realizará y organizará el derecho del médico de tratar sus pacientes sin interferencia en su juicio profesional. Una conducta profesional responsable por parte de los médicos y un sistema efectivo y eficiente de autorregulación organizado son indispensables para confirmar al público que cuando ellos sean pacientes recibirán una atención médica de calidad prestada por médicos competentes. Las actividades profesionales y

la conducta de los médicos deben estar dentro de los límites del Código de Ética profesional o de los principios de ética médica en vigor en cada país.

En el sistema de salud colombiano, que podemos decir está en transformación, es de considerar, dentro de la autonomía médica y autorregulación, la Ley 1438 de enero de 2011. En su Artículo 26° refiere: *“...el acto profesional de la salud es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia de la salud se basa en la competencia profesional. Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad permanente de la autorregulación. Cada profesional debe tomar a su cargo la tarea de regular concertadamente la conducta y actividades profesionales de sus pares sobre la base de: “1. Ejercicio profesional responsable, ético y competente para mayor beneficio de sus usuarios. 2. La competencia clínica y uso racional de tecnología, dada la necesidad de la racionalidad del gasto en salud en la medida que los recursos son bienes limitados. 3. En el contexto de la autonomía se buscará prestar los servicios médicos que requieran los usuarios, aplicando la autorregulación en el marco de las disposiciones legales. 4. Las conductas de los profesionales de la salud deben estar dentro de los límites de los códigos de ética profesional vigentes”.* La Ley 1438 (enero de 2011) en su Artículo 105° agrega: *Autonomía profesional. Entiéndase por autonomía de los profesionales de la salud la garantía que el profesional de la salud pueda emitir con toda libertad su opinión profesional respecto a la atención de sus pacientes con calidad, aplicando las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión.*

Algunos componentes de la autonomía médica: Competencia del médico. Calidad de la atención. Actualización (adelantos científicos, tecnológicos). Relación médico-paciente. Responsabilidad - legalidad. Autorregulación. Conciencia del acto médico. Educación, ética, códigos de conducta profesional. Ética – mejor conducta. Asociaciones científicas.

Todos los anteriores componentes interfieren o participan en el hecho de la autonomía médica y, por ende, de la autorregulación.

Estabilidad laboral y seguridad. La autonomía no puede ser constreñida, presionada o restringida. La autonomía está basada en el conocimiento médico, la actualización científica y tecnológica, principios éticos, bioéticos, y es ejercida por el propio médico. Así mismo, la autorregulación que está basada en la autonomía, acto ejercido libremente por el médico, y esta no debe ser ni influenciada ni obligada ni determinada por otros agentes. Deben, tanto la autonomía médica como la autorregulación, ser supervisadas por las sociedades científicas y cuando haya excesos o defectos en estas, corregirse por los mismos.

AUTONOMÍA

Para considerar y garantizar la autonomía médica es fundamental la enseñanza, ilustración y educación médica basadas en la información sobre su conocimiento como ciencia, arte y humanismo; de tal forma que el médico debe, como profesional de la salud, adquirir el suficiente conocimiento, autoridad, capacidad resolutoria y ética en su pro-

ceder. Su conocimiento debe actualizarse permanentemente para que su autonomía prevalezca. Es decir, que el ejercicio con autonomía depende principalmente de la capacidad del médico como profesional de la medicina.

Es necesario que el médico para ejercer su autonomía tenga libertad en la toma de decisiones, relacionadas como profesional de la medicina; estas deben ser garantizadas no solo por su formación, capacidad y autoridad, sino también por la seguridad y estabilidad laboral entre otras. En ningún momento la posición o situación laboral pueden influir en la autonomía profesional. La Autonomía médica en ningún momento puede ser constreñida, presionada o restringida.

AUTORREGULACIÓN

La autonomía médica debe tener reglas y límites, es decir, estar autorregulada para encontrar un límite en los actos y en el gasto del ejercicio profesional, un valor y concepto en costo-beneficio, y un equilibrio entre el compromiso y beneficio social y la sostenibilidad del sistema. No se puede concebir autonomía sin autorregulación.

Los programas y estrategias referidos y relacionados con la autonomía-autorregulación deben ser desarrollados por las sociedades científicas y dirigidos a su propio seno y a sus miembros. Tanto la autonomía médica como la autorregulación deben estar ajenas a la aceptación de cualquier tipo de prebenda o dádiva, provenientes de cualquier tipo de proveedores, o con el objeto de obtener beneficio propio por el profesional de la salud.

RECOMENDACIONES

11. Llevar a cabo la formación del médico en sus diferentes niveles de preparación y ejercicio, de tal forma que le proporcionen amplio conocimiento, actualización tecnológica y capacidad resolutoria; principios éticos, humanísticos de bioética, de profesionalismo y de valores sociales; autoridad, confianza, respeto y prestancia en lo social. Para esto se requiere de reformas en los programas académicos en tal forma que garanticen estas habilidades y permitan el ejercicio con estos principios; enriquecimiento de la relación médico-paciente, conocimiento del sistema y entorno social. Formar al médico para que se adapte, armonice y sea capaz de ejercer en el sistema generado por la Ley Estatutaria 1751 de 2015.
12. Tener en consideración *Las Recomendaciones para la Transformación de la Educación Médica en Colombia*.¹⁵
13. Definir las exclusiones en concertación de estándares y provisiones concertadas con las sociedades científicas y con respaldo académico.
14. Realizar programas de educación médica continuada en relación con nuevos conocimientos y nuevas tecnologías, con el propósito de actualizar y fortalecer en el médico su autonomía y autorregulación. La autonomía y autorregulación deben ser una concertación permanente entre las sociedades científicas, la academia y los médicos. De ahí que deben existir el acuerdo con las autoridades y organismos éticos y el médico como profesional que libremente debe ejercer su profesión y autonomía.
15. Condiciones laborales (estatuto de personal para trabajadores de la salud) que garanticen estabilidad, seguridad y continuidad laboral, actualización en la profesión u oficio y seguridad en el ejercicio; hechos entre otros, que conducen a una clara autonomía y una libertad en las decisiones y una calidad en el servicio.
16. Desarrollar programas y estrategias de carácter obligatorio a nivel de los diferentes grupos médicos (generales y especializaciones), y profesionales de la salud, que garanticen conceptualización de principios éticos, de competencias morales, fármaco-economía, costo-beneficio, conocimiento y capacidad del gasto, responsabilidad social y sostenibilidad del sistema. La autorregulación no puede coartar la autonomía.
17. Se deben regular y asegurar la aplicación de las sanciones por el constreñimiento, presión o restricción de la autonomía médica.
18. Se deben regular y asegurar la aplicación de los correctivos por el incumplimiento de la autorregulación; correctivos que deben estar dentro de los límites del código y principios de ética profesional en vigor en el país.
19. La autonomía médica, entre otros, puede ser modulada por la autorregulación, de ahí que esta debe estar sujeta a los principios de la misma autonomía.
20. Realizar difusión de aspectos en fármaco-economía, conocimientos científicos, nuevos medicamentos, nuevas tecnologías, costo-beneficio y conocimiento del gasto en salud para regular a modo propio la autorregulación.
21. En relación con las exclusiones, autonomía y autorregulación, la academia y las sociedades científicas deben tomar un papel preponderante y un accionar que permita su armonización y continuidad.

15 *Ibid.* Página 23.

3. ESTATUTO DE PERSONAL PARA LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Teniendo como fundamento el garantizar la calidad, humanización y eficiencia en la prestación del servicio de salud, en principio, se considera fundamental que los trabajadores del sector salud deben gozar de condiciones laborales como estabilidad laboral, prestaciones sociales, seguridad social, dignidad en el trabajo, posibilidades de actualización, en fin, garantías y situaciones tales que les permitan y estimulen a desarrollar y cumplir con calidad, oportunidad, continuidad, eficiencia y humanización y autonomía entre otros, su ejercicio profesional o técnico.

Además, y teniendo en cuenta los siguientes antecedentes: Las empresas sociales del Estado tienen plantas de personal rígidas. Las plantas de personal no se ajustan a las necesidades de los hospitales. Tienen pocas posibilidades de ajustar su estructura a la demanda y a los tiempos y requerimientos de la contratación con las EPS. La rigidez del sistema de vinculación va en contravía de la misma naturaleza de las empresas sociales del Estado. La rigidez de la vinculación de personal del sector público les impide a las empresas sociales del Estado ser competitivas en el sector salud, y por lo general están en desventaja con respecto al sector privado.

La Ley Estatutaria en su Artículo 18° y con el objeto de fortalecer, mejorar, estabilizar las condiciones laborales de los trabajadores de la salud y con la seguridad de que esto debe repercutir en la calidad, continuidad, etc. de la salud, refiere: “... Artículo 18°. Respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud. Los trabajadores, y en general el talento humano en salud estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos de acuerdo con las necesidades institucionales”. En el Artículo 6° de la Ley Estatutaria, Elementos y principios del derecho fundamental a la salud, refiere en su numeral d) “calidad e idoneidad profesional, los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptadas por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecido con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidas”.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, el gobierno nacional presenta una propuesta de proyecto de ley *“por el cual se otorgan facultades extraordinarias pro tempore al gobierno nacional para expedir un régimen laboral especial para los servidores públicos de las empresas sociales del Estado, del nivel nacional y territorial y para expedir el sistema específico de carrera administrativa del personal que presta sus servicios en las entidades públicas del orden nacional que integran el sistema nacional de ciencia, tecnología e innovación y la expedición del sistema de estímulos, capacitación y situaciones administrativas especiales de los servidores públicos vinculados a tales entidades y se dictan otras disposiciones”*. Con el anterior proyecto de ley se buscan los siguientes objetivos:

- **Garantizar la eficiencia en la prestación del servicio público:** el objeto de las Empresas Sociales del Estado (ESE) es la prestación de los servicios de salud, prestación que requiere contar con el talento humano idóneo para asegurar un suministro de servicios de manera efectiva y con calidad, objetivo que exige la garantía de unas reglas especiales de orden laboral.
- **Hacer coherente la organización y funcionamiento en materia laboral de las empresas sociales del Estado:** la organización y el funcionamiento debe involucrar reglas flexibles y especiales para la vinculación del personal encargado de prestar el servicio público. Se hace urgente diseñar e implementar un esquema de administración del talento humano que se aparte válidamente, del que cobija en la actualidad a todos los demás sectores y que, en consecuencia, excluya de la generali-

dad las reglas dirigidas al personal vinculado a las ESE.

- **Lograr la mayor rentabilidad social en el uso de los recursos públicos:** dado el alto porcentaje de vinculación de personal a las ESE, mediante contratos de prestación de servicios y el riesgo jurídico que ello ha generado, lo pretendido es generar un escenario laboral garante tanto de los derechos del talento humano de la salud, como del buen uso de los recursos públicos, lo que se traducirá en una mejora en la calidad de la prestación del servicio de salud.
- **Vinculación de personal con las más altas calidades técnicas y científicas:** Se requiere contar con personal de las más altas calidades técnicas y científicas. Esto es especialmente difícil de lograr sin tener salarios competitivos y un adecuado sistema de carrera, en profesiones que tienen alta especialización y son muy competitivas en el mercado, lo que dificulta su atracción y retención en dichas instituciones.
- **Perfiles y nomenclatura acorde con los estándares internacionales:** se requiere que el nuevo sistema especial de carrera administrativa cuente con perfiles y nomenclatura acorde con las categorías de investigación o personal que adelante innovación o desarrollo tecnológico fijadas para centros de investigaciones y de desarrollo tecnológico a nivel internacional.

Con tales bases y consideraciones, el Ministro de Salud y Protección Social presentó el proyecto de ley que le otorga facultades extraordinarias pro-

tempore al presidente de la República para expedir un régimen laboral especial para los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado del nivel nacional y territorial.

Con la anterior propuesta de proyecto, la Comisión estudia y analiza los alcances que dichas facultades podrían otorgarle al Presidente de la República. Se considera que los objetivos y alcances serían si no suficientes, sí necesarios para que los trabajadores de la salud logren el régimen especial que le otor-

garía a su labor profesional y técnica, condiciones laborales para que ellos, en condiciones favorables puedan ejercer y garantizar con calidad la prestación de los servicios de salud a ellos encomendados. De ahí que la Comisión está de acuerdo con esta propuesta y apoyaría la aprobación de dicho proyecto legislativo, para lo cual se debe relacionar con la Comisión Séptima del Senado de la República, ofreciendo su recomendación y apoyo, así como su ilustración y sustentación al respecto en caso necesario.

RECOMENDACIONES

22. Hacer gestión ante el Congreso de la República para que se reactive o continúe con el trámite correspondiente del proyecto de ley en mención.
23. Entrar en contacto directo con el órgano legislativo, comisión séptima, con propuestas de una ley ordinaria que legisle en este aspecto y con estos objetivos.
24. Hacer extensivas, de acuerdo con las leyes laborales, a los trabajadores de la salud de entidades privadas, las condiciones laborales otorgadas a los servidores del Estado, en caso de ser aprobado el **régimen laboral especial solicitado**.
25. Eliminar la intermediación laboral bajo cualquier modalidad o nombre para los cargos misionales y exigir estricto cumplimiento del régimen laboral que corresponda.

4. CONSIDERACIONES DE INTEGRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

En su Artículo 8° *La Integralidad. Los servicios y tecnologías deberán ser suministrados de manera completa, para prevenir, paliar o curar la enfermedad con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definida por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del mismo.* En el Artículo 13° la Ley Estatutaria establece redes de servicios. El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicio de salud, los cuales pueden ser públicos, privados o mixtos. Finalmente, en el 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, prevención, paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

Con el advenimiento de la Ley 100 de 1993 se crea un sistema de salud –quizá el primero en Colombia- basado en el aseguramiento; sistema que, a través de los años, si bien alcanzó indicadores importantes en la salud de país, así mismo, poco a poco, se desvirtuó y desgastó llevando a una gran crisis al sector salud; crisis que generó la Ley Estatutaria en Salud, Ley 1751 de 2015, Ley que establece la salud como un derecho fundamental. Esta ley así mismo, a través de su articulado, establece y traza los lineamientos para lograr el cumplimiento de este derecho. Para tal logro se debe plantear y desarrollar un sistema de salud que sea capaz de generar, entre otros, una integralidad en la prestación de los servicios de salud y una garantía en proporcionar la salud misma, obteniéndose así entonces el derecho en mención. Es así que para observar la integralidad exigida por la Ley y su verdadero goce, se plantea: 1) Un nuevo sistema de salud basado en la atención primaria en salud, APS. 2) Un modelo de atención planteado en el MIAS, Modelo Integral de Atención en Salud, modelo que debe considerar o contemplar, para que haya una

verdadera y real integralidad, 3) los determinantes sociales en salud.

Estos tres aspectos deben estar interrelacionados, articulados y complementados entre sí, y en conjunto deben tender hacia la salud individual y colectiva como un derecho. El hecho de basar el nuevo sistema en la Atención Primaria, significa que la garantía óptima del derecho a la atención de salud implica una reorientación de las prioridades gubernamentales y que la Atención Primaria en Salud viene a formar parte del desarrollo político y económico del país. La relación de la Atención Primaria en Salud (APS) con el sistema de salud, significa, entre otros, que la APS es el elemento central del sistema de salud, lo que representa a la vez la introducción de cambios progresivos en todos sus componentes; podría asegurarse que esta Atención Primaria junto con el médico general -con capacidad resolutoria y autonomía- y el médico familiar se constituyen en la puerta de entrada al sistema de salud y que a través de ellos, no solo hay accesibilidad a los servicios, sino que también conduciría y se integraría con la atención hospitalaria y la especializada.

Con este planteamiento, necesariamente, el desarrollo del sistema tiene que obedecer a programas estructurales y secuenciales, planificación, gestión de procesos, y políticas de calidad, que si bien pueden representar un mayor o menor costo, sí, en definitiva, deberá ser más efectivo en la mejora de los indicadores de salud. En esta nueva concepción observamos que el centro de salud y la composición de equipos de atención de salud son fundamentales dentro de la estructuración organizativa, en los cuales, además, se deben generar y desarrollar integralmente funciones, programas, profesionales, técnicos y resultados. Ya con este centro

de salud integral, se debe conformar el equipo de atención de salud (profesionales, técnicos, auxiliares, etc.) quienes haciendo parte de la comunidad deben responder por su salud en su nivel.

Evidentemente la APS debe ser articulada a otros niveles superiores de atención en salud, hospitalario y medicina especializada y así conducir hacia la integralidad, como se definió en el artículo 8° de la Ley Estatutaria. Ahora bien, para lograr esta integralidad se formula el modelo integral de atención en salud (MIAS), el cual se define como un conjunto de acciones coordinadas complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresados en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios que se materializarán en atenciones dirigidas a las personas, familias, comunidades, para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Todo lo cual deberá ser atendido también en forma articulada por las redes integrales en salud, que necesariamente deben ser todo un conjunto articulado y armónico de efectores o ejecutores –red de prestadores de salud- en donde además deberán poderse hacer, realizar y suministrar los servicios y tecnologías a que hace mención la Ley y que proporcionará el derecho a la salud. Mas todo este andamiaje no estaría completo sino se les da cabida o lugar y la importancia debida a los determinantes sociales. Artículo 9°. *Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades, de los determinantes sociales de la salud que inciden en el goce efectivo del derecho a la salud. Promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en la salud. El legislador creará los*

mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores, que tienen un impacto directo en los resultados de salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados. Parágrafo. Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.

Determinantes sociales que teniendo en cuenta el concepto de “*La salud concebida como expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, resultado del acceso a mejores condiciones de vida de las personas, y a la efectiva intervención sobre sus determinantes sociales por parte del Estado*”, se hacen parte integrante del sistema a través de la transdisciplinariedad en la medicina familiar, la evaluación en salud, información, educación y especialmente la comunicación en la salud pública como estrategia clave cuyo objeto es el desarrollar conocimiento y comprensión, y habilidades en las personas para realizar cambios sostenibles en las condiciones que afectan la salud. Así mismo se conceptualiza sobre los factores que intervienen en el resultado de una mayor o menor salud y el hecho de pasar de un modelo de aseguramiento a un modelo de salud integral con un gran desarrollo de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Esto último hace relación a la necesidad de intervención en el papel que en nuestro caso, juegan las EPSs, las cuales en la actualidad prácticamente intervienen en todo el andamiaje y articulación de la salud y en donde los resultados

no necesariamente programáticos, están mediados por factores económicos.

La Ley 100 a este concepto establece cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, esto es garantía de la atención, mientras que en la Ley Estatutaria los servicios deberán ser suministrados de manera completa y total, de tal forma que dé garantía al derecho de la salud.

La Ley 100 permite o se basa en la fragmentación del individuo, esto es de la atención mientras que la Ley 1751 se basa en una atención integral. La Ley 100 establece o produce o puede dar servicios aislados, la Ley Estatutaria garantiza la integralidad del servicio.

Para que haya integralidad se requiere de disponibilidad, accesibilidad, continuidad resolutive, principios que se aplican o van en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la población. Todos los actos al respecto deben garantizar acciones integrales implicando además acciones intersectoriales (determinantes sociales e interdisciplinariedad –diferentes disciplinas o especialidades-) en, donde además debe haber libre elección de tecnologías o interacciones y de tal forma y características que no cabe la discriminación, todo lo cual garantiza, no solo acciones individuales, sino también acciones colectivas en salud.

Decimos que la integralidad implica disponibilidad, esto es de disponer de los servicios, tecnologías, estructuras, así como también del profesional o profesionales y personal que, además, deben expresar y actuar con compromiso de todos ellos hacia el servicio. También es fundamental la accesibilidad, que significa que los servicios y tecnologías, deben ser accesibles a todos en condiciones de igualdad; esto implica accesibilidad física,

asequibilidad económica. Juegan así mismo papel importante en la integralidad, la intersectoriedad y operacionalidad o normas y resoluciones para la aplicación y desarrollo de la integralidad.

Como opera la integralidad, esto lo hace a través de redes integrales del servicio de salud que se reorganizan en redes integradas que es la organización de los primeros con el fin de prestar el servicio completo o integral al usuario, sería su articulación, esto es abarcando todas las coberturas necesarias del paciente.

La red integrada significa organización funcional – número insuficiente– La red integral significa completitud o prestadores de servicios articulados. La

consideración de estas redes lleva a evitar la fragmentación de los servicios y usuarios, propender por la integralidad de los servicios de salud. Facilitar la conformación de unidades funcionales, Facilitar y propender la creación de redes integradas, redes de servicio y no redes de institución.

Así mismo, dentro de conjunto estas conceptualizaciones están: prestadores de servicios articulados, el MIAS, el MAIT. Y la no fragmentación en la atención. Con lo anterior se buscarán además tres objetivos o metas: mejorar el estado de salud de la población, responder a la efectividad de la prestación de los servicios, y propender por la sostenibilidad financiera.

RECOMENDACIONES

26. Consolidar un sistema de salud basado en la Atención Primaria en Salud.
27. Programar y construir una integración y articulación entre el primer nivel de atención y los otros niveles, es decir, entre la Atención Primaria en Salud (APS), el modelo integral de atención en salud (MIAS -Hospitalaria y Especializada-) y los determinantes sociales, a través de una relación armónica y complementaria. Esto es intersectorialidad, servicio de salud y participación social.
28. Trabajar sobre los determinantes sociales de la salud que tienen que ver con el comportamiento y causa, y no asumir desde el sistema de salud toda la responsabilidad y que corresponden u originan por estos determinantes.
29. Intervenir en la formación, preparación y actualización del médico general para fortalecer su capacidad resolutoria, devolverle su autonomía, autoridad, credibilidad, y responsabilidades; médico capaz de autorregularse y sentirse parte de un contrato social como un profesional de la salud y cuidador del sistema del que hace parte, todo con principios éticos, morales, de competitividad y de responsabilidad social. Esto se traduce en tener en cuenta al respecto las *Recomendaciones para la Transformación de la Educación Médica en Colombia*¹⁶.
30. Rediseñar los equipos de trabajo y estructura de nivel primario para lograr un mejor servicio de salud y una mayor integración cultural y una apropiación de la comunidad con los comportamientos de autocuidado y mutuo cuidado.
31. Apoyar la creación y desarrollo de centros hospitalarios, apoyo en infraestructura y nuevas tecnologías y talento humano en salud.
32. Redefinir el papel de las EPSs. Su consideración como gestoras y administradoras. Viabilidad. Legislar y concertar sobre la integración Vertical.
33. Programar, implementar y desarrollar las redes integrales de prestación de servicios de salud.
34. Integración, comunicación e interrelación entre las diferentes redes.
35. Fortalecer el modelo de acción integral territorial que permitirá articular y armonizar las intervenciones en salud a nivel territorial, de forma conjunta entre el nivel nacional y territorial conforme a las características poblacionales y territoriales, reconociendo así su diversidad.
36. Los lazos y relaciones intersectoriales se deben establecer y deben permitir asumir responsabilidades en salud por otros sectores en consideración a los determinantes sociales que no solo dependen del sector salud.
37. Continuar con la operabilidad y ejecución que ha iniciado el Ministerio de Salud y Protección Social en relación con la integralidad considerada como el motor y ejecutora en servicios de la Ley 1751.

16 Fortalecer, incrementar e incentivar la especialidad de Médico Familiar.

5. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

De acuerdo con el Artículo 2° de la Ley Estatutaria en donde se define el derecho fundamental a la salud, y de conformidad con el Artículo 49° de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado, y con el Artículo 5° de la Ley Estatutaria. *Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Para ello deberá: i) adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población.* La misma Ley en su Artículo 6° y en el numeral i) refiere: *“Sostenibilidad. El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal.*

En Colombia, el 6,81% del PIB se invierte en salud, lo cual representa más o menos 42 a 43 billones de pesos, dados estos aproximadamente por recur-

sos fiscales (50%) y parafiscales (50%). Para lograr una cobertura y protección universal se necesita *“... más dinero o aportes”,* ya que de acuerdo con la Ley Estatutaria *“la salud está primero que cualquier cosa”.*

Desde el año 2006 se ha venido presentando un desbalance entre el pago de los usos requeridos para atender el pago de los diferentes conceptos del sistema obligatorio de salud y el pago de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC. Este desbalance se ha venido acumulando año tras año, generando restricciones de liquidez dentro del sistema y podría decirse que es una de las causas de la crisis del sector salud. Este desbalance para el año 2019 alcanzó 1,5 billones de pesos y el acumulado actual sin aún revisar todas las cuentas es de 7,4 billones de pesos. A esto y de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, se planteó la Ley 1955 de 2019 de Equidad en la salud. Lo que teniendo en cuenta con diferentes artículos se llega al Acuerdo de Punto Final. Estos artículos entre otros, pretenden una sostenibilidad financiera del sistema general de seguridad social en salud. Optimizar servicios. Saneamiento financiero del sector salud en las entidades territoriales. Acuerdo de pago de servicios y tecnologías

en salud. Giro directo, entre otros. El objetivo de esta Ley y su Acuerdo de Punto Final es preservar la sostenibilidad financiera del Sistema de Seguridad Social en Salud como vía para garantizar el derecho fundamental de salud en el mediano y largo plazo por medio de inyección de recursos al sector, a través de pagos con la aclaración de las cuentas acumuladas por concepto de tecnologías no financiadas, con la UPC y la transformación de los mecanismos de gestión y financiación de dichas tecnologías a futuro para garantizar el acceso equitativo y eficiente para todos los usuarios del sistema (Régimen contributivo y régimen subsidiado), de tal forma que habrá un cambio estructural en la gestión del gasto no UPC, que evitaría un nuevo

desbalance y llegar a un gasto más sostenible en el mediano y largo plazo. Para lo anterior, el Ministerio de Salud ha trabajado en forma importante y posiblemente acertada en la construcción (muy compleja) del sistema de financiamiento, adoptando medidas como: mejoramiento del flujo y de los recursos. Pago directo. Constitución del ADRES. Programa de saneamiento fiscal y financiero. Aclaración de cuentas entre EPS y prestadores o IPSs. Acuerdo de Punto Final. Actualización y unificación de las condiciones financieras. Mecanismos de liquidez y apalancamiento. Políticas y control de precios farmacéuticos. Nuevas leyes de saneamiento. Medidas que se han venido tomando y así mismo, dando sus resultados.

RECOMENDACIONES

38. Cumplimiento estricto y oportuno del acuerdo Punto Final y así inyectar recursos para dinamizar el sistema.
 39. Evitar la repetición del desbalance financiero y así evitar la situación actual.
 40. Regular tarifas; diferenciación en relación con la calidad del servicio; estímulo y favorecimiento a la calidad.
 41. Regular las ARL y centralizar las rentas cedidas.
 42. Regular incapacidades y licencias.
 43. Controlar pérdidas y desperdicios.
 44. Ilustrar al cuerpo médico en el conocimiento y necesidad de la sostenibilidad financiera del sistema y relacionarlo con el ejercicio de la autonomía y autorregulación, y gasto.
 45. Involucrar a los demás actores del sistema en la política del equilibrio financiero.
 46. Considerar la participación de los determinantes sociales en salud y comprometer a los diferentes sectores (Comité Intersectorial) por su responsabilidad.
 47. Lograr y mantener un equilibrio financiero mediante medidas que aumenten recaudos y disminuyan gastos.
 - Aumentar ingresos o recaudos (ingeniería financiera).
 - a. Recaudar más recursos y mejorar-centralizar su flujo.
 - b. Impuestos generales. a) Adicionales: bienes y actividades de riesgo y generadores del daño en la salud. Cigarrillos, bebidas azucaradas, alcohol, comida chatarra, carbón, mineras-polución. b) Nuevos: tiquetes aéreos, telefonía móvil y fracking.
- b. Reducir informalidad. Ampliar base cotizante. Actualización de UPC. Incremento progresivo de copagos y cuotas moderadoras.
 - d. Considerar la Inclusión en el SGSSS de los regímenes especiales, mediante acuerdos intersectoriales.
 - e. Intervenir y regular la intermediación. Las EPS deben obtener sus ingresos por ser entes administrativas y no empresas que “intervienen en el negocio de la salud”. Tendrían además beneficios económicos por los resultados en salud que logren con la población asignada. No deben tener ingreso por la retención o desvíos de los recursos financieros destinados para la atención.
 - f. Controlar la evasión y elusión del sector (Parafiscalidad, depuración del SISBÉN, SOAT) y lograr compensación proveniente del Ministerio de Hacienda.
- Disminuir gastos
 - a. Regular gastos y controlar costos. Austeridad sin detrimento de calidad.
 - b. Estimular, fortalecer y garantizar la calidad de los servicios.
 - c. Estimular la innovación, las nuevas tecnologías y calidad.
 - d. Controlar precios de medicamentos y nuevas tecnologías.
 - e. Control precio de insumos de alto costo.

48. Crear e implementar mecanismos de auditoría, control y autorregulación en los servicios.
49. Consideración (tutelas, alto costo, juntas médicas).
50. Promover una instancia con las altas cortes, de peritajes científicos para las tutelas más frecuentes, con menor soporte médico.
51. Mejorar el sistema de información (Cobertura, historia clínica única e interoperabilidad de los sistemas de historia clínica), evitando doble gasto.
52. Gestión del riesgo en salud. Modelos de contratación.
53. Realizar la unificación del régimen subsidiado y régimen contributivo.
54. Fortalecimiento del ente único recaudador y pagador, ADRES. Organismo dependiente del Estado (Ministerio de Salud y Protección Social), el cual debe ser blindado contra la corrupción e inoperancia.
55. Fortalecer entes de vigilancia y control. Incentivar que la Superintendencia centre su acción de prevención en el control proactivo por escenario de riesgo.
56. Desarrollar todas las medidas necesarias para combatir la corrupción en los diferentes niveles y actores del sistema. Adecuada supervisión del manejo de los recursos; blindaje ante la corrupción y fortalecimiento de la supervisión del recurso y una adecuada administración de este.
57. Reconocer que hay crisis financiera en el sector salud y que se deben adoptar políticas urgentes de saneamiento: Ley orgánica. Deuda generada por No-Pos.
58. Definición deudas entre EPSs e IPSs. Pago deudas a IPSs.
59. Redistribuir y asumir económicamente los costos generados por los determinantes sociales que intervienen en la salud y no dejarlos solo a costa y consideración del Ministerio de Salud y Protección Social, sino de acuerdo con el causante del determinante social. Fortalecimiento intersectorial.
60. Mantener y avanzar los logros del gobierno en los temas de compras centralizadas y control de precios de medicamentos. Énfasis en medicamentos de alto costo y nuevas tecnologías.

Las anteriores recomendaciones, las cuales en parte viene asumiendo el Ministerio de Salud y Protección Social, deben considerarse en su conjunto, ya que así, muy seguramente, garantizarán la sostenibilidad financiera que requiere la implementación de la Ley Estatutaria.

Habrán algunas otras recomendaciones no tenidas en cuenta y que pueden ser importantes en el objetivo final. Todas en su conjunto son medidas económicas, políticas o sociales, que en definitiva debe asumir el gobierno nacional y los entes territoriales de acuerdo con la descentralización, cuyo objeto es encontrar la sostenibilidad financiera del sistema de salud, tan complejo y deficiente en el momento actual. Es de considerar que la sostenibilidad financiera es la columna vertebral para lograr una adecuada implementación, continuidad y viabilidad de la Ley Estatutaria.

6. POLÍTICA FARMACÉUTICA

La Ley 1751 del 16 de febrero de 2015 tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. En su Artículo 5° refiere como obligación del Estado (i) *adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población.* Y agrega en su numeral (j) *intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud, con el fin de optimizar su utilización, evitar inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio.*

Finalmente, la Ley Estatutaria en Salud en el Artículo 23° define así la 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. Este mismo artículo en su parágrafo refiere: *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 competitivas.*

El gobierno nacional en los años 2011-2012 a través de la Ley 1438 considera la necesidad de la creación y desarrollo de una Política Farmacéutica Nacional. De ella están en desarrollo diez estrategias que refieren:

La información sobre medicamentos, precios de éstos, formulario farmacéutico, relación entre industria y profesionales de salud. Institucionalidad eficaz: fortalecimiento del INVIMA, creación del

IETS. Instrumentos de regulación del mercado: regulación de medicamentos, regulación y reducción de precios. Sistema de vigilancia sanitaria. Adecuación de la oferta de medicamentos. Programas especiales de acceso: Compra centralizada, red de servicios farmacéuticos. Política farmacéutica cuyo objetivo primordial es desarrollar un acceso equitativo de los medicamentos a la población y además considerar políticas de calidad, precio y atención.

Bajo estas condiciones la Comisión se ilustra y conoce las medidas que el MSPS ha venido tomando en los últimos años con respecto a la formulación y desarrollo de la Política Farmacéutica Nacional

con sus estrategias y el control de precios de los medicamentos, y como en una forma progresiva ha establecido las medidas correspondientes que permitirán un programa que no solo contribuirá en la garantía del derecho a la salud y su sostenibilidad financiera, sino que además establece los mecanismos y normatividad desde su adquisición y financiación hasta su distribución y control de precios, entre otros. La Comisión encuentra acertadas las medidas, su metodología, mecanismos y hasta ahora resultados, y recomienda la continuidad de esta bajo las mismas directrices, claridad y protección nacional y contribución positiva en medidas para encontrar la sostenibilidad financiera del sistema.

RECOMENDACIONES

61. Dar continuidad en la formulación y desarrollo de la actual Política Farmacéutica Nacional y continuar con el control de precios de medicamentos; el control de precios debe extenderlo progresivamente a medicamentos de alto costo, innovadores, genéricos, biológicos y biosimilares.
62. Considerar control de precios a insumos de alto costo.
63. Considerar la inclusión de esta política y control de precios a las tecnologías en salud.
64. Considerar la presentación de un proyecto de ley para eliminar el IVA a los equipos e insumos de salud.
65. Consideración y regulación de las tarifas de procedimientos médicos.
66. Considerar las negociaciones centralizadas como parte de esta política farmacéutica.
67. Estimular a nivel nacional el conocimiento, divulgación, elección y uso de genéricos y biosimilares; respetando la autonomía médica y la autorregulación.
68. Fortalecer la comisión reguladora y proporcionarle estabilidad jurídica.
69. Fortalecer las entidades de vigilancia y control, INVIMA, IETS
70. Fomentar el desarrollo de alta tecnología
71. Fijar políticas y medidas para evitar el fenómeno de desabastecimiento y combatir todos los mecanismos utilizados para su permanencia (obsolescencia, innovación, cadena de suministros, aumento de competidores, ausencia de productores de materias primas), y tener en consideración para estos medicamentos el concepto de esenciales.
72. Información, divulgación y educación en salud adecuada y eficaz hacia el cuerpo médico y técnico auxiliar sobre genéricos, biosimilares y política farmacéutica.
73. Desarrollo de la Política Farmacéutica Nacional de acuerdo con las estrategias planteadas.
74. Equidad en la Política Farmacéutica Nacional.
75. Fortalecer la estrategia de farmacovigilancia.
76. Organizar sistema de educación al ciudadano para el uso seguro y sostenible de medicamentos.
77. Dentro de la Política Farmacéutica Nacional, enfatizar en los mecanismos para promover calidad en los medicamentos y productos farmacéuticos.

7. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

El Artículo 19° de la Ley Estatutaria refiere: *Política para el manejo de la información en salud. Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros. Con este artículo se formula la necesidad y el cumplimiento de un sistema de información robusto y suficiente.*

Con base en lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social ha venido desarrollando un sistema informativo de gran interoperabilidad denominado SISPRO.

SISPRO posee y desarrolla un sistema de información relacionado con los diferentes subsistemas que lo integran. Hay además una interoperabilidad informática entre ellos, que permite estructurar un servicio al ciudadano y al mismo sistema de salud y tal que rápidamente valida la información que requieren los procesos de prescripción, dispensación, facturación y recobro, entre otros. Es así

como SISPRO se caracteriza, además, por poseer un sistema estadístico y la información la centra en el ciudadano. También dispone de información del sector y se rige por un marco normativo que integra diferentes aplicativos; y no obstante transportar datos e información amplia de la población, permite una confidencialidad al ciudadano. Además, es característica la interoperacionalidad de la información. Es decir, que un dato o más pueden operar o funcionar en varios sistemas que van dirigidos a la atención del ciudadano. Así mismo SISPRO está siendo base para el desarrollo del sistema de afiliación transaccional; autorización electrónica; de la integralidad de la historia clínica; del MIPRES; para el régimen subsidiado, sin menoscabo de la autonomía médica; modelo predictivo de aspectos de salud mediante la inteligencia artificial y de la facturación, entre otros.

Todo lo anterior, entre otros, permitirá con su pleno desarrollo proyectar y conocer sobre planeación estratégica, diseño operacional del sistema, estandarización de los códigos sobre la tecnología y talento humano y funcionamiento y sostenibilidad del sistema. Lo más cercano en su desarrollo e implementación está la facturación electrónica, la actualización de la clasificación única de procedimientos en salud CUPS.

RECOMENDACIONES

78. Se debe continuar con el desarrollo, enriquecimiento, interoperabilidad y robustecimiento del SISPRO.

8. DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD. ENFOQUE EN MEJORES PRÁCTICAS

La salud es concebida como expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, un resultado del acceso a mejores condiciones de vida de las personas y la efectiva intervención sobre sus determinantes sociales por parte del estado.

La Ley Estatutaria refiere en su Artículo 9° *Determinantes sociales de salud. Es deber del estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción, las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que inciden en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud. El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinarán los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.*

En Colombia hay diversidad de condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, se desarrollan

entre otros y dependiendo del sitio van a configurar una gran diversidad y así mismo una serie de enfermedades o situaciones de salud. Este hecho hace considerar entonces los determinantes sociales.

Se considera entonces que el sector salud recibe el impacto, efecto y consecuencias de no realizar acciones sobre los determinantes en salud. Es decir, el sector, en la práctica recibe a las personas en un estado de enfermedad, con la responsabilidad de realizar acciones para tratarle a través de los servicios de salud. Se muestra que los servicios de salud contribuyen potencialmente a la morbimortalidad en un 11%, en tanto se le atribuye una responsabilidad del 90%. La biología humana, el entorno y los estilos de vida contribuyen en cerca del 90% a la morbimortalidad, en tanto se les atribuye cerca del 10% de la responsabilidad, situación que muestra un desbalance y que hay que intervenir e invertir para lograr la modificación en la situación de salud.

El mismo Artículo 9°, en su Parágrafo agrega: *Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económi-*

cos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento, a los servicios y tecnologías en salud.

Es así entonces que los demás sectores tienen la responsabilidad de intervenir sobre los determinantes estructurales e intermedios, (en conjunto con el sector salud) para el logro de modificar el estado de salud.

RECOMENDACIONES

79. Definir dentro de las prioridades en salud pública, qué corresponde y en qué proporción a hechos o influencias de otros sectores y realizar actos de salud articulados con ellos.
80. Compartir responsabilidades y obligaciones con otros ministerios y sectores para la correspondiente atención en salud. Realizar sinergias intersectoriales para la atención en salud. Exigir al ministerio o sector que originó el hecho en salud, intervención sobre el determinante social y así contribuir con participación o en la responsabilidad por este originada.
81. Inferir en las más altas esferas del gobierno para un trabajo conjunto con el objeto de reducir en general los determinantes sociales en salud. Política de gobierno.

9. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

La Ley 100 se originó a partir de la Constitución de 1991, constitución que implementó en la nación el estado de derecho. Esta Ley novedosa en un principio se basa en el derecho a la seguridad social y en el derecho a la seguridad social en salud y entre sus objetivos están el cubrimiento en salud a toda la población y en alcanzar un nivel “excelente en salud entre otros”. En los 20-22 años de sus implementaciones alcanzó en buena forma una importante cobertura y algunos índices e indicadores de salud. Entre otros aspectos, la Ley no alcanzó sus objetivos. Poco a poco esta Ley se desgastó de tal forma que llevó o sumió al país en una de las mayores crisis en los aspectos de salud. Uno de los factores que incidió en el fracaso de la Ley 100 fue la corrupción, corrupción que se extendió a todos los actores del sistema y en los diferentes niveles de su funcionamiento.

Con la Ley Estatutaria 1751 de 2015 la salud alcanza el nivel de derecho fundamental, y en su Artículo 4° hay definición de sistema de salud, dado por esta Ley. Además, su Artículo 2° Naturaleza y contenido de derecho fundamental a la salud, y teniendo en cuenta el Artículo 49° de la Constitución Política “...Su prestación como servicio público

esencial obligatorio se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, coordinación y control del Estado”. Así mismo, en el Artículo 5° “Obligaciones del Estado. En su numeral (e) ejerce una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y las entidades especializadas que se determinen para el efecto”. En el Artículo 10° Derechos y deberes de las personas relacionadas con la prestación del servicio de salud. En lo relacionado a deberes en su numeral (e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema.

Finalmente, en el Capítulo III de la Ley en su Artículo 17° Autonomía profesional. Y en lo relacionado a la “Vulneración de esta disposición será sancionado por los tribunales u organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias”. No sobra decir que en relación con los artículos citados de la Ley Estatutaria sean solo el Estado, los usuarios y los médicos en el ejercicio de su autonomía-autorregulación quienes deben ser el objeto de los organismos de inspección, vigilancia y control, ya que es a otros niveles de carácter administrativo y ejecutorio dentro de la estructura

del sistema dada la Ley 100, en donde muy seguramente se han sucedido los más altos niveles de corrupción.

Actualmente, la Superintendencia Nacional de Salud, teniendo en cuenta el Decreto 2702, está facultada para hacer revisión. Es de anotar que el

panorama de vigilados por esta entidad es muy grande y abarca desde las ambulancias, aseguradores privados, generadores de recursos hasta las entidades de orden nacional. Su capacidad sancionatoria, así como las ejecutorias de la sanción, son limitadas.

RECOMENDACIONES

82. Institucionalizar la política de no corrupción en todos los actores del sistema y en todos los niveles de funcionamiento.
83. Fortalecer los actuales órganos de control y proporcionarles los suficientes mecanismos, herramientas y medidas sancionatorias para hacer cumplir las deficiencias y faltas contra el sistema.
84. La no corrupción, la eficiencia y calidad en el servicio, serán banderas en el nuevo sistema de salud.
85. La ética, el profesionalismo, la racionalidad en el gasto, el conocimiento y la autonomía con autorregulación, serán banderas en los profesionales de la salud.
86. Creación de un órgano específico anticorrupción en el sistema de salud.

10. BATERÍA DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO AL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD

La Ley Estatutaria en su Artículo 6° refiere sobre elementos y principios del derecho fundamental a la salud que pueden considerarse como el eje o directrices para el desarrollo y cumplimiento de sus objetivos. Artículo 6° “Elementos y principios del derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: a) Disponibilidad. El estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente; b) Aceptabilidad. Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica así que como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud. Permitiendo su participación en las decisiones de salud que le afecten..... Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar los estados de salud a las personas dentro del respeto a la confidencialidad. c) Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos en condiciones de igualdad, dentro del respeto especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesible comprende la no discriminación, la accesibilidad fi-

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

Así mismo, en el Artículo 4° Definición del sistema de salud, refiere como los controles son parte del conjunto articulado y armónico del sistema de salud y su goce efectivo, y como en el Artículo 5° Obligaciones del Estado, en su numeral h) Realizar evaluaciones sobre los resultados del goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental a la salud, y en el Artículo 7° Evaluación anual de los indicadores del goce efectivo. El Ministerio de Salud y Protección Social divulgará evaluaciones anuales sobre el resultado del goce efectivo del derecho fundamental

a la salud, en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad. Y finalmente en el Capítulo II Garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud, en su Artículo 12° Participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que lo afectan o interesan.

Todo lo anterior se puede resumir en que la Ley Estatutaria define un nuevo sistema de salud y dentro de esta definición están contenidos sus controles. Al tiempo define los elementos esenciales del derecho fundamental cuales son disponibilidad, la aceptabilidad, la accesibilidad y la calidad e idoneidad profesional elementos cruciales y eje fundamental para el cumplimiento del goce efectivo del derecho.

Finalmente, como parte de sus obligaciones el Estado debe realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo; evaluaciones que deben ser anuales y sobre los indicadores del goce efectivo,

los cuales debe divulgar y con base en los resultados deberá diseñar correctivos e implementar políticas públicas para mejorar, no solo las directrices y estrategias, sino los propios resultados de salud de la población. Y no suficiente esto, en su Artículo 12° como parte de la garantía del derecho fundamental, hace partícipe en derecho a las personas en las decisiones, implementación, seguimiento, promoción, inclusión o exclusiones de tecnologías y evaluación de los resultados entre otros. Y tal es que en la consideración y evaluación del goce efectivo se enmarcan programas tales como unificación y universalización del régimen subsidiado, prestación de servicios de salud de calidad. Vacunación – Programa ampliado de inmunización–. Protección de salud pública, promoción y prevención. Sostenibilidad financiera. También la consideración de Indicadores salud. Monitoreo de indicadores en la calidad de atención, accesibilidad, oportunidad de la atención, calidad, técnica de la atención, satisfacción, entre otros. Constituyéndose así el goce efectivo del derecho fundamental a la salud como el real medidor del cumplimiento y objeto del derecho a la salud.

RECOMENDACIONES

87. La batería de indicadores de seguimiento al goce efectivo del derecho fundamental a la salud debe ser extendida y estructurada hacia todos los actores y niveles del sistema. Se deben premiar o retribuir en las mejores formas e incentivos a quienes realicen cumplimiento, y realizar sanciones o acciones correctivas estrictas o penalización a quienes incumplan o sean deficientes en los resultados del seguimiento al goce.
88. Definir los regímenes: sancionatorio y de incentivos.
89. Todo indicador hacia el goce del derecho fundamental debe ser constructivo y estimulante hacia la excelencia.

CONSIDERACIONES FINALES

Se estudiaron diez temas, los cuales se consideraron los de mayor importancia en la Ley 1751 de febrero 16 de 2015. A estos temas se les han realizado 89 recomendaciones que, en concepto de la Comisión, contribuirán en buena forma con la implementación y aplicabilidad de la Ley Estatutaria en Salud, cual es el objetivo inicialmente planteado. Todas estas recomendaciones convergen y se armonizan hacia el objeto principal de la Ley Estatutaria, cual es lograr un sistema de salud capaz de satisfacer las necesidades de salud de los colombianos y cumplir con su derecho fundamental. El hacer realidad un derecho fundamental en una sociedad de tan diversas características como la colombiana, y en un tema tan difícil como es la salud, y en unas condiciones tan críticas y arraigadas no es tema fácil, ni tarea concluida. La comisión considera que, desde la sanción de la Ley, el Ministerio de Salud ha venido cumpliendo su tarea, interpretando la Ley y estableciendo las bases, estructuras y funcionalidad para este nuevo sistema de salud; ha descifrado sus necesidades y falencias

y ha proyectado sus requerimientos y posibles logros. Las recomendaciones hoy entregadas se suman a esa infinitud de necesidades, conceptos, requerimientos, articulaciones, soluciones, observaciones, normas, aplicaciones y contradicciones entre otros, que requiere la Ley Estatutaria para su real y completa implementación. La tarea es muy compleja, la implementación es de gran cuidado y exige dedicación, estudio y continuidad. Se considera que, la labor de la Comisión ha terminado, y deja unas recomendaciones dirigidas hacia la implementación de la Ley Estatutaria. La continuidad de la tarea ahora corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social, que comprendiendo la necesidad y obligatoriedad de la implementación de la Ley Estatutaria, tomará o continuará con esta labor que necesariamente redundará en el bienestar y salud del pueblo colombiano.

Comisión Conjunta para el Estudio e Implementación de la Ley Estatutaria.