

ASPECTOS TEÓRICOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE POSIBLES ESTRATEGIAS
DE MEJORAMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN
COLOMBIA BASADO EN LA LEY ESTATUTARIA EN SALUD 1751 DEL 2015.

JEFFERSON ALONSO GUERRERO BARRIOS

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
ESCUELA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, CONTABLES, ECONOMICAS Y DE
NEGOCIOS – ECACEN

MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN DE ORGANIZACIONES

BOGOTÁ D.C; FEBRERO DE 2018

ASPECTOS TEÓRICOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE POSIBLES ESTRATEGIAS
DE MEJORAMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN
COLOMBIA BASADO EN LA LEY ESTATUTARIA EN SALUD 1751 DEL 2015.

JEFFERSON ALONSO GUERRERO BARRIOS

CC. 1020.720.490

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TITULO DE MAGISTER EN
ADMINISTRACIÓN DE ORGANIZACIONES

ASESOR: HENRY HURTADO BOLAÑOS

Administrador de Empresas, Especialista en Administración de Salud, Magíster en Ciencias de la
Organización

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA

ESCUELA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, CONTABLES, ECONOMICAS Y DE

NEGOCIOS – ECACEN

MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN DE ORGANIZACIONES

BOGOTÁ D.C; FEBRERO DE 2018

Nota de Aceptación

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Bogotá D.C, febrero de 2018

Agradecimientos

Deseo agradecer, ante todo, al Dios todopoderoso quien me brindó la oportunidad de realizar este fenomenal posgrado.

A la UNAD le expreso gratitud por toda la hermosa labor social que realiza en todo el país, al ofrecer las circunstancias para la superación profesional de muchas personas.

Inmensas gracias profesor Henry Hurtado por toda tu extraordinaria colaboración a lo largo de este proceso.

Dedicatoria

Ofrezco reconocimiento a mis padres, hermano, compañeros y a todas las personas que de manera directa o indirecta apoyaron el desarrollo de este proyecto.

A la superintendencia nacional de salud, entidad que ha significado demasiado en mi carrera profesional; ya que me dio la oportunidad de incursionar en el área administrativa.

Resumen	7
Prólogo	11
Introducción	14
Formulación del Problema	15
Justificación	15
Objetivos	20
1. Planteamiento del Problema	21
2. Marco de Referencia	27
2.1 Marco de Antecedentes.	27
2.2 Marco Teórico.	36
<i>2.2.1 Déficit de médicos Especialistas y Subespecialistas.</i>	36
<i>2.2.2 Aplicativo Mipres</i>	40
<i>2.2.3 Falta de oportunidad en la prestación de los servicios de salud</i>	44
<i>2.2.4 Política Integral de Atención en Salud y mejora de los planes de Salud Pública</i>	51
<i>2.2.5 Eventos adversos y errores por parte del recurso humano en salud</i>	57
<i>2.2.6 Contacto de la ciudadanía con los entes de control y participación ciudadana</i>	63
<i>2.2.7 Optimización de los sistemas de inspección, vigilancia y control en salud</i>	67
<i>2.2.8 Omisión de las EPS a la hora de cumplir con un fallo y/o desacato de tutela, barreras administrativas de la atención en salud.</i>	81
2.3 Marco Conceptual	78
2.4 Marco Legal	84
3. Diseño metodológico.	86
4. Discusión	89
5. Conclusiones	104
6. Recomendaciones	107
Bibliografía	108

Resumen

Durante los últimos años, se ha venido experimentando una serie de inconvenientes en lo concerniente a la prestación del servicio de salud en este país, por medio de este trabajo de grado tipo monografía, se va a proponer aspectos teóricos como posibles estrategias sugeridas de mejoramiento en la prestación del servicio de salud con base en la ley estatutaria en salud 1751 de 2015; junto a una revisión teórico- bibliográfica adicionando la experiencia clínica-asistencial y administrativa del autor.

Respecto a la restricción hacia el acceso del servicio de salud, se abordaron temas como el déficit de médicos especialistas y subespecialistas, inconvenientes de aseguramiento, abolición del CTC (comité técnico científico) y la implementación del Mipres (mi prescripción: aplicativo del ministerio de salud para solicitar servicios de salud que no se encuentren incluidos en el plan de beneficios)

En el ítem de disminuir las deficiencias en la efectividad de la atención en salud, se trabajo acerca de la Política Integral de Atención en Salud, presentada el 16 de febrero de 2016, siendo el principal objetivo de esta política; evitar que las urgencias sean la puerta de entrada de los ciudadanos al sistema de salud. (Minsalud, 2017)

Las EPS (empresas promotoras de salud) deben mejorar los planes de PyP (promoción y prevención) y salud pública fundamentalmente en enfermedades como la diabetes, hipertensión, Obesidad, VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), algunas enfermedades infecciosas (especialmente transmitidas por vectores) y salud mental.

Se formularon sugerencias para la posible optimización de los sistemas de inspección, vigilancia y control a nivel de atención al usuario, junto a la alusión de planteamientos para el enriquecimiento de la participación ciudadana con el propósito de hacerla más mediática y

relevante; donde se categorizaron las vías de atención al usuario de los entes de control junto al fortalecimiento de la vigilancia, control y regulación de los actores, en búsqueda de la transparencia, el adecuado flujo de información dentro del sistema y una importante participación ciudadana. (Tarazona, 2013, pág. 21)

Finalmente se determinó el panorama concerniente a la insatisfacción de los usuarios con los procesos administrativos que entorpecen la prestación del servicio de salud, donde se debe fortalecer más las instituciones gubernamentales que realizan la inspección, vigilancia y control, aumentándole su capacidad administrativa en las diferentes dependencias que tengan el propósito de incrementar su productividad en aspectos investigativos, sancionatorios, de atención al usuario, de inspección directa, entre otras actividades que se encuentren en pro de la correcta atención en salud hacia los usuarios.

La idea de este trabajo de grado, es examinar con base en la teoría revisada sumado a la experiencia clínico-asistencial y administrativa del autor, una serie de aspectos teóricos y estrategias posibles de mejora que puedan ser implementadas a futuro después de su respectiva validación y experimentación correspondiente, esto con el propósito de intentar el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud a la población de este país de manera paulatina.

Palabras clave: Estatutaria, Estrategias, Prestación, Salud, Superintendencia.

Abstract

During the last few years, a series of problems have been experienced regarding the provision of health services in this country. Through this monograph type work, theoretical aspects are proposed as possible suggested strategies for improvement in the provision of the health service based on the statutory health law 1751 of 2015; along with a theoretical-bibliographic review adding the clinical-assistance and administrative experience of the author.

Regarding the restriction to the access of the health service, issues such as the deficit of medical specialists and subspecialists, insufficiencies of assurance, abolition of the CTC (technical scientific committee) and the implementation of the Mipres were addressed (my prescription: application of the ministry of health to request health services that are not included in the benefit plan).

In the item of diminishing the deficiencies in the effectiveness of health care, we worked on the Comprehensive Health Care Policy, presented on February 16, 2016, being the main objective of this policy; prevent emergencies from being the doorway for citizens to enter the health system. (Minsalud, 2017)

The EPS (health promoters) must improve the plans of P & P (promotion and prevention) and public health mainly in diseases such as diabetes, hypertension, obesity, HIV (human immunodeficiency virus), some infectious diseases (especially transmitted by vectors) and mental health.

Suggestions were made for the possible optimization of the inspection, surveillance and control systems at the level of user attention, together with the allusion of approaches for the enrichment of citizen participation with the purpose of making it more media and relevant; where

the user service channels of the control entities were categorized, together with the strengthening of the vigilance, control and regulation of the actors, in search of transparency, the adequate flow of information within the system and an important citizen participation. (Tarazona, 2013, page 21)

Finally, the panorama concerning users' dissatisfaction with administrative processes that hinder the provision of health services was determined, where the governmental institutions that perform the inspection, surveillance and control should be further strengthened, increasing their administrative capacity in the different dependencies. that have the purpose of increasing their productivity in investigative, sanctioning, user attention, direct inspection, among other activities that are in favor of correct health care for users.

The idea of this graduate work is to examine based on the revised theory added to the clinical-assistance and administrative experience of the author, a series of theoretical aspects and possible improvement strategies that can be implemented in the future after their respective validation and corresponding experimentation, this with the purpose of trying to improve the provision of health services to the population of this country in a gradual manner.

Key words: Statutory, Strategies, Provision, Health, Superintendence.

Prólogo

El sistema general de seguridad social en salud, es un entramado complejo de diferentes tipos de decisiones tomadas a lo largo de mucho tiempo, a pesar de todo, Colombia es un país que ha tenido enormes avances y progresos en esta área. Asimismo, se han estructurado una serie de errores tanto de forma como de fondo en lo que compete al sistema de Seguridad Social y la prestación específica del servicio de salud a su población en general, conllevando a unas falencias generalizadas que tienen repercusión en la salud de todos los colombianos.

Desde la Constitución de 1991 se han expedido diferentes tipos de leyes: Estatutarias, Ordinarias y Orgánicas. Las Leyes Estatutarias son aquellas que regulan temas de importancia como derechos y deberes fundamentales y mecanismos para su protección, administración de la justicia, organización y régimen de partidos políticos, instituciones y mecanismos de participación ciudadana y estados de excepción (artículo 152 Constitución Política Nacional). La ley estatutaria 1751, “por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”, fue expedida el 16 de febrero de 2015. Allí se considera a la salud como un derecho fundamental que tiene que ser provisto y protegido por el Estado colombiano. (Bernal & Barbosa, 2015, pág. 234).

Por ser ley estatutaria, es una prolongación de la Constitución, con el objetivo de garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, responsabilizando al Estado del respeto, la protección y la garantía del derecho, teniendo en cuenta varios elementos y principios, entre ellos el de la progresividad, la libre elección, la adopción e interpretación más favorable de la norma y por supuesto la sostenibilidad. (Calderón, 2015, pág. 51).

Adicionalmente, que implica un contenido integral que va más allá de la prestación de servicios de atención a la enfermedad, acceso a tecnología médica y medicamentos, implica en el fondo que las personas tengan condiciones de vida buenas que eviten que se enfermen y mueran de manera prematura, lo que le da un carácter interdependiente con otros derechos. (Torres, 2015, pág. 2).

Según la audiencia pública de rendición de cuentas del 2015 y primer semestre del 2016 presentada por la Superintendencia Nacional de Salud el día 4 de noviembre del 2016 en el canal oficial de YouTube, este ente de control genero un reporte por parte de la dirección de atención al usuario de un número total de 325.322 PQRD (peticiones, quejas, reclamos, denuncias) recepcionadas durante el año 2015; de estas reclamaciones 51.016 PQRD son consideradas como riesgo de vida o posible afectación de la integridad del usuario. Es de suma importancia tener en cuenta que estas PQRD son radicadas por la Supersalud, cuando los afectados tengan algún inconveniente con la prestación del servicio de salud por parte de su EPS (Empresa Promotora de Salud).

De lo que se ha escrito respecto a ley estatutaria en salud existen brechas y vacíos que tienen que ver con varios aspectos puntuales a nivel administrativo-asistencial dirigido a los usuarios específicamente, los autores revisados hasta el momento tocan temas normativos con un buen nivel de profundización, evidenciándose un buen manejo de la normatividad y aspectos jurídico-legales, pero a pesar de que muchos de estos autores son del gremio de la salud no proponen en los artículos revisados aspectos de mejora dirigidos a una mejor implementación de la ley estatutaria guiado hacia la prestación de los servicios de salud hacia la ciudadanía.

Como es bien sabido, la prestación de los servicios de salud en Colombia, viene sufriendo desde hace un buen tiempo de una serie de inconvenientes de diversa índole que generan deficiencias sistemáticas en la atención sanitaria de los colombianos en general, la pregunta de investigación de esta monografía se basaría en qué aspectos teóricos deberían puntualizarse para el establecimiento de estrategias de mejoramiento en la prestación de los servicios de salud con base en la ley estatutaria 1751 de 2015, teniendo como referencia los diferentes ítems de esta norma y con el apoyo de la experiencia profesional del autor proponer una serie de ideas que puedan ser implementadas, validadas y probadas para dado caso ser incorporadas en un futuro, con el propósito de regenerar la prestación del servicio sanitario Colombiano.

La forma asincrónica de la prestación de los servicios de salud entre las EPS e IPS (instituciones prestadoras de salud), ha venido generando fallecimientos y diferentes tipos de eventos adversos muchas veces irreversibles en pacientes afectados de manera directa en esta difícil problemática. Esto genera bastante motivación a la hora de decidir esta temática como tema de trabajo pues la integridad física y psicológica de las personas es el principal activo con el que cuenta cada uno de los seres humanos, infortunadamente se ha evidenciado muchos incidentes que afectan directamente a un buen número de personas ya sea por ineficiencia en la prestación del servicio de salud por parte de los profesionales asistenciales o en su defecto por incongruencias o barreras administrativas que repercuten en la atención directa de los pacientes afectando su estado de salud.

Introducción

Este trabajo de grado es acerca de los aspectos teóricos para el establecimiento de posibles estrategias de mejoramiento para la prestación del servicio de salud en Colombia basado en la ley estatutaria en salud 1751 del 2015. El tema se seleccionó debido a los graves inconvenientes que ha presentado este país con la prestación del servicio de salud, donde el número de PQRD es sumamente elevado siendo directamente proporcional a la inconformidad por parte de los usuarios en la prestación del servicio de salud de Colombia durante los últimos años.

Con las contrariedades que ha experimentado el sistema de salud Colombiano, se ha venido presentando durante los últimos años el incremento de los daños, perjuicios y fallecimientos debido a las demoras administrativas de las EPS, o por inconvenientes de la atención en salud derivados del área asistencial; es de suma importancia que desde el sector académico se comiencen a generar posibles estrategias de mejoramiento, que tengan como propósito principal la probable implementación en el sistema general de seguridad social de manera progresiva.

Agregando que en muchas ocasiones los inconvenientes por la prestación del servicio de salud conllevan a la interposición de acciones de tutela con el fin de preservar la salud y la integridad de un usuario afectado antes de recurrir a la justicia ordinaria por un resarcimiento o indemnización.

Como objetivo se desea formular aspectos teóricos para el establecimiento de posibles estrategias de mejoramiento en la prestación de los servicios de salud en Colombia con base en la ley estatutaria en Salud 1751 de 2015; usando un tipo de investigación de tipo cualitativo y

descriptivo utilizando fuentes secundarias a saber cómo: artículos científicos, periódicos digitales, trabajos de grado y normas actuales que tratan los temas estudiados.

Se encuentran como ciertas limitaciones; el hecho de que no existen estrategias de mejoramiento propuestas por otros autores en el pasado, haciendo del trabajo un ejercicio más interesante; ya que se convierte en una monografía inédita según la revisión bibliográfica respectiva; proponiendo estrategias que no se habían revelado anteriormente y que tendrían como objetivo la generación de un documento que pueda ser tenido en cuenta por parte de los entes respectivos de control, para una posible implementación futura hacia las organizaciones que prestan los servicios de salud en Colombia.

Formulación del Problema

¿Es viable poder establecer estrategias que conlleven al mejoramiento de la prestación del servicio de salud basado en la ley estatutaria en salud 1751 de 2015?, si bien es cierto que el sistema de salud colombiano atraviesa una serie de inconvenientes complejos en la prestación del servicio de sanidad a la población; si se puede designar unas posibles estrategias teóricas de mejoramiento, esto con el propósito de ser hipotéticamente incorporadas a un futuro no muy lejano en el proceso de progreso de un sistema de salud que viene incorporando una serie de graves inconvenientes durante los últimos años.

Justificación

En los últimos años, el país ha venido experimentando graves inconvenientes en la prestación del servicio de salud, donde la ineficiencia administrativa se suma a los errores en la responsabilidad medica; ocasionando incidentes y eventos adversos muy graves que tienen repercusión en la integridad y la vida de los pacientes del sistema de salud colombiano.

La falla en el servicio se desprende de la prestación de un servicio estatal, que al no ser prestado en la forma debida genera un daño, derivándose que el Estado tenga que responder directamente por ese daño ocasionado cuando sea causado por una falla en el servicio, lo cual se configura como nexos causal (Torres, 2016)

Este concepto tiene como complemento en este estudio el de la responsabilidad medica dado que la prestación del servicio de salud está a cargo del Estado, quien por ende es el garante de la misma y al no poder controlarlo completamente genera la falla en servicio médico; se explica el concepto de la Responsabilidad Medica. (Torres, 2016)

Últimamente se está evidenciando muchos inconvenientes en lo concerniente al acto de responsabilidad medica en específico; donde los ciudadanos están recurriendo a los entes de control por diversas situaciones de distintos grados de responsabilidad, tanto asistencial como administrativo. Según la experiencia profesional se ha evidenciado graves inconvenientes con la demora de las autorizaciones, retraso en los pagos anticipados de los procedimientos urgentes que se han tramitado ante las EPS por medio de las tutelas y las radicciones de la Supersalud, entre otros inconvenientes similares.

Las constantes demandas por falla en el servicio médico que tienen como resultado Responsabilidad del Estado, son el objeto de esta investigación desde la generalidad de las fallas en el servicio por parte del estado, las cuales abarcan variedad de campos donde cualquier administrado que se sienta afectado por el estado puede poner en funcionamiento el aparato jurisdiccional para que se le pague por el daño causado hasta los antecedentes y cuál ha sido la evolución de este tema. (Torres, 2016)

La falla en el servicio se desprende de la prestación de un servicio estatal, que al no ser prestado en la forma debida genera un daño, derivándose que el Estado tenga que responder directamente por ese daño ocasionado cuando sea causado por una falla en el servicio, lo cual se configura como nexo causal. Se pasa de una culpa individual a una culpa de la administración en virtud de una falla en el servicio prestado. (Torres, 2016)

En el ámbito jurídico, hay un concepto que se conoce como Indemnización por daños y perjuicios que también se llama simplemente resarcimiento. Se trata de una acción que se le otorga a la víctima o a un acreedor para exigir parte de la cantidad de dinero equivalente a la totalidad de los beneficios que se han perdido a causa de una determinada acción de una persona específica. (Torres, 2016). Esta situación es sumamente grave, ya que toca evitar a toda costa una avalancha de demandas que vinculen no solamente a las EPS sino también al estado colombiano; donde las indemnizaciones y resarcimientos sean de costos inimaginables para las finanzas del país.

Se presumirá la culpa del Estado, por el hecho de prestar en indebida forma los servicios que debe prestar, entre los que se encuentran los servicios públicos. La persona que sufre perjuicios deberá probar el nexo causal entre el daño y la falla en la prestación del servicio. (Torres, 2016). Se debe hacer claridad sobre los elementos que componen la falla en el servicio, los cuales son el daño antijurídico sufrido por el interesado, el deficiente funcionamiento del servicio (falla) y la relación de causalidad que se refiere a la evidencia o comprobación que el daño se produjo como consecuencia de una falla. (Torres, 2016), en ese aspecto se evidencia que esas posibles fallas son por la demora administrativa de las EPS, sumada a los problemas organizacionales de las IPS a la hora de atender a los pacientes.

En la actualidad la configuración de la falla en el servicio médico se está tornando muy fácil de probar, ya que con las condiciones actuales del servicio médico Colombiano y con la cantidad de garantías que se encuentran en la legislación es muy fácil que con el número tan elevado de consultas, procedimientos, intervenciones, diagnósticos, urgencias y demás sucesos médicos pueda presentarse un alto porcentaje de demandas por mínimo que sea el daño causado y el valor solicitado para resarcir el mismo. (Torres, 2016)

El diagnóstico tardío ocurre cuando se pasa por alto una condición médica como consecuencia de una revisión negligente, lo cual da lugar a que la condición médica empeore antes de ser detectada. No tratar ciertas enfermedades puede traer como consecuencia el homicidio culposo del paciente. (Torres, 2016), es inquietante que en la actualidad se observan muchos diagnósticos tardíos debido a las barreras administrativas de las EPS, tanto a la hora de tramitar los procedimientos y realizar el contrato respectivo con la red prestadora.

Aunque la omisión del tratamiento no solo es por error se puede producir por trámites administrativos como autorizaciones o por no contar con agenda abierta de la especialidad necesitada ya que por los costos a los que conllevan las EPS no tienen suficientes profesionales ni equipos para abordar la demanda de servicios. (Torres, 2016)

La falta de insumos, personal e instalaciones para la adecuada prestación de servicios de salud; se configura por que las instituciones no tienen las adecuaciones necesarias para el cabal cumplimiento del objeto para el cual fueron creadas; aunado a lo anterior la tramitología administrativa, las autorizaciones y los mínimos insumos con los que cuenta la red de salud, siendo un complicación que solo se puede solucionar con recursos provenientes del Estado ya

que con los que se cuentan son escasos para atender las solicitudes de los ciudadanos. (Torres, 2016)

Aunado a lo anterior se tienen otro tipo de situaciones que ayudan a la configuración de la falla como lo son la insuficiencia de recursos humanos y de suministros en materia de salud conlleva a la presentación de fallas en el servicio y a configurar todos los factores para las demandas y sus posteriores efectos; aunado a ello las leyes que regulan la salud de forma garantista y los medios a los cuales los ciudadanos tienen acceso para proteger sus derechos, están configurando una lista incontable de sentencias en contra del estado. (Torres, 2016)

Ahora bien; con todo lo revisado en la justificación del trabajo, se evidencia que es imperativo que el estado colombiano; implemente intervenciones rápidas para mejorar la prestación del servicio de salud de este país, y para ello desde el sector de la academia se deberían postular aspectos teóricos de posible ejecución para este objetivo; estrategias que se desarrollaran a lo largo de este trabajo de grado tipo monografía.

Objetivos

Objetivo general

-Formular aspectos teóricos para el establecimiento de posibles estrategias de mejoramiento en la prestación de los servicios de salud en Colombia con base en la ley estatutaria en Salud 1751 de 2015.

Objetivos específicos

- Explicar el planteamiento del problema, identificando los inconvenientes de la prestación de los servicios de salud en Colombia.

- Sintetizar el marco de antecedentes jurídico-legal, que conllevó al nacimiento de la ley estatutaria en salud 1751 del 2015.

- Identificar la problemática de salud que impacta en mayor proporción a la población colombiana según los macromotivos de la superintendencia nacional de salud.

-Enunciar en el marco conceptual ítems más puntuales sobre la ley estatutaria, describiendo los elementos, principios y aspectos más importantes relacionados con la prestación de los servicios de salud.

-Mencionar posibles estrategias de implementación en la discusión del trabajo, que tengan como finalidad el factible mejoramiento de la prestación de los servicios de salud en este país.

1. Planteamiento del Problema

Con la ley estatutaria de salud se regula oficialmente el derecho fundamental a la salud y se vinculan unos principios y elementos esenciales que deberán regir la prestación de los servicios al interior del sistema de Seguridad Social para hacer efectivo el goce de dicho derecho.

(Ramírez et al, 2016, pág. 27)

La ley estatutaria define al servicio de salud de la siguiente forma: Artículo 2°. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. (ley estatutaria, 2015)

Esta ley establece en el marco normativo del Estado colombiano que la salud es un derecho humano fundamental, pero ¿qué implica esto?, básicamente tres cosas: el Estado es el responsable de su garantía, es un derecho de ciudadanía que no se ata a la capacidad de pago y que es universal, es decir para todas y todos sin ningún tipo de discriminación. (Torres, 2015, pág. 2).

En los últimos 14 meses, de enero del 2016 a febrero de 2017, la Superintendencia de Salud registró 535.359 peticiones, quejas, reclamos y denuncias de ciudadanos que manifestaban su inconformismo por las múltiples dificultades que se tienen en el sector de la salud en Colombia.

(Bluradio-Supersalud, 2017). En 2016 se presentaron 467.759 peticiones, quejas, reclamos y denuncias – PQRD – mientras en los dos primeros meses de 2017 se han registrado 67.600.

(Bluradio-Supersalud, 2017)

La importancia de los males que aquejan a los usuarios en su estado de salud, se fundamentan según la página web de la Supersalud, en la recepción de PQRD entre los meses de Enero a Mayo de 2015, estableciendo que el 84 % de las peticiones de los usuarios tiene que ver con un macromotivo llamado restricción en el acceso a los servicios de salud donde se agrupan: la falta de oportunidad (negaciones, demora de autorizaciones varias), asignación de citas médicas especializadas, sub-especializadas, ayudas diagnosticas (radiología, laboratorio y anatomopatología), cirugías (procedimientos quirúrgicos), entrega de medicamentos POS y NO POS, junto a contratos vencidos que afectan la continuidad en la prestación de servicios debido a impases de tipo económico, inconvenientes a nivel de afiliaciones (aseguramiento) e insuficiencia en la red prestadora.

El siguiente macromotivo que posee una estadística de participación en los casos con el 8% es la insatisfacción del usuario con el proceso administrativo, esta se fundamenta principalmente en barreras administrativas hacia los usuarios como: las dificultades en comunicación e información, falta de direccionamiento o información errada suministrada, discriminación, trato indigno, restricciones en libre escogencia y lo más importante de este macromotivo es el manejo de los seguimientos y/o desacatos a fallos de tutela.

El ultimo macromotivo que influye de manera directa con la prestación de los servicios de salud se denomina deficiencia en la efectividad de la atención en salud que posee una participación del 5%, en este ítem se encuentran temáticas como las patologías materno infantil, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, enfermedades crónicas varias, Obesidad,

Cáncer, Hipertensión, enfermedades huérfanas, eventos adversos, fallas en la ética médica y errores por parte del recurso humano.

El número de PQRD es sumamente elevado y es directamente proporcional a la inconformidad por parte de los usuarios en la prestación del servicio de salud de Colombia durante los últimos años. Es imperativo agregar que en muchas ocasiones los inconvenientes por la prestación del servicio de salud conllevan a la interposición de acciones de tutela con el fin de preservar la salud y la integridad de un usuario afectado.

Según la Defensoría del Pueblo, las tutelas de salud en el año 2013 representaron el 25,33 % de todas las tutelas, con una tendencia creciente entre 1999 y el 2013. Casi el 40 % corresponden a cuatro EPS y a lo largo del tiempo alrededor de un 70 % de ellas corresponden a negación de servicios incluidos en el POS (plan obligatorio de salud) (Editorial Rev. Gerenc. Polit. Salud, 2015, pág. 6-7)

El Estado es responsable de garantizar la prestación de los servicios de salud, lo debe hacer por medio de las empresas promotoras de salud (EPS), los regímenes de excepción, especiales y demás empresas administradoras de planes de beneficios EAPB, estas deben contratar los servicios de salud de la población con las instituciones prestadoras de servicios públicas y privadas (IPS), que según la normatividad Colombiana son las encargadas de prestar los servicios de manera directa a los pacientes a nivel asistencial y en los diferentes niveles de complejidad respectivos.

Con esta ley, la cual prevé un periodo de transición de hasta dos años para algunos aspectos, se establecerán políticas que definan nuevos esquemas de beneficios y unos nuevos criterios en la prestación de los servicios, cambios que involucran a todos los actores del sistema y que requieren que estos adopten una nueva actitud frente al mismo, entiendan la salud como un

concepto integral e integrador y comprendan que los determinantes de esta son dinámicos, cambiantes y requieren de su participación activa; que se conviertan en protagonistas de estos cambios y que hagan parte de la formulación de iniciativas tendientes a consolidar y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. (Ramírez et al, 2016, pág. 1)

Colombia en los últimos años ha tenido numerosos problemas con la prestación de servicios de salud para la población generalizada, los inconvenientes en esta área nos afectan absolutamente a todos los Colombianos, ya que la salud es el principal activo de cualquier ser humano; siendo este el eje fundamental de la esencia humana, si bien es cierto los problemas en la prestación de los servicios de salud son muy complejos, se pueden generar estrategias de mejoramiento que conlleven a la posibilidad de ir regenerando la prestación de estos servicios de manera paulatina, puesto que no es muy viable crear soluciones mágicas que desencadene en la reparación absoluta de todos estos inconvenientes del sistema sanitario Colombiano.

La enorme cantidad de PQRD y tutelas que han interpuesto los usuarios afectados, hace reflexionar mucho acerca de una prestación de un servicio de salud que posee una buena cantidad de inconvenientes que ha venido aumentando en los últimos años de manera significativa. Con base en la revisión de la literatura y la experiencia profesional del autor; se definirán estrategias para atacar los impases desfavorables puntuales de la prestación del servicio de salud teniendo como herramienta los macromotivos y/o motivos específicos que utiliza la superintendencia Nacional de salud en su área de PQRD de la dirección de atención al usuario.

Para este trabajo de monografía la pregunta de investigación se fundamentaría según la revisión bibliográfica y la experiencia profesional del autor ¿En qué aspectos teóricos deberían proponerse para el planteamiento de posibles estrategias de mejoramiento en la prestación del servicio de salud en Colombia, basado en la ley estatutaria en salud 1751 de 2015?

En esta pregunta de investigación, se debe tener en cuenta que nunca se habían sugerido proposiciones específicas que impacten el área de atención al usuario de manera más precisa, ya que lo que se había determinado hasta el momento en las revisiones teóricas planteadas solo revisan normatividad y jurisprudencia; en donde infortunadamente no se logra proponer medidas más puntuales que planteen mejoras en la prestación del servicio de salud en este país.

Se trataran temáticas como los inconvenientes de los usuarios en la restricción hacia el acceso del servicio de salud, estrategias para disminuir las deficiencias en la efectividad de la atención en salud, sugerencias para la optimización de los sistemas de inspección, vigilancia y control a nivel de atención al usuario; junto a la alusión de planteamientos para el enriquecimiento de la participación ciudadana con el propósito de hacerla más mediática y relevante, formular medidas que tengan como propósito aclarar el panorama concerniente a la insatisfacción de los usuarios con los procesos administrativos que entorpecen la prestación del servicio de salud.

Para evitar y terminar con lo que se ha denominado la peor crisis de la salud, es necesario implementar los mecanismos de control necesarios que le permita al estado regular de una forma eficiente el SGSSS creando un modelo de salud que garantice la prestación del servicio de salud a todos los colombianos de forma oportuna de carácter humanitario sin que se convierta en un negocio más pero que sea viable económicamente. (Tarazona, 2013, pág. 3)

Si bien la ley 1751 de 2015 presenta una propuesta sólida y coherente, está expuesta al igual que cualquier normatividad de cualquier estado del mundo, a ser vulnerada, violentada, ignorada y, por supuesto, debatida y transformada, con lo cual en el caso de las primeras se seguiría rumbo al peñasco de la salud selectiva, costosa e inhumana, y en el caso de las últimas dos, por qué no, hacia un crecimiento y una solidez mucho más amplia y justa que es lo que finalmente se quiere

de una norma que regirá de manera universal. (Jiménez et al, 2016, pág. 88).

El Estado Colombiano debe de manera muy rápida implementar más medidas tanto legislativas como ejecutivas con el propósito de intervenir de manera oportuna en todos los aspectos que tienen que ver con la prestación del servicio de salud en Colombia, lastimosamente en muchas ocasiones a pesar de que la ley estatutaria en salud determinó la salud como un derecho fundamental, se sigue evidenciando violaciones a la normatividad debido a los incumplimientos de las EPS hacia sus usuarios.

Con esta monografía se pretende generar un impacto social positivo para el sistema General de Seguridad Social en salud de este país, aportándole aspectos teóricos más puntuales y posiblemente aplicables al sistema, con el objetivo de intentar el mejoramiento del mismo, desencadenando la posible optimización de la prestación de los servicios de salud para la población colombiana.

2. Marco de Referencia

2.1 Marco de Antecedentes.

La salud como derecho fundamental es un concepto relativamente nuevo para nuestro país, esto no siempre fue así, pues se consideraba un derecho de segunda generación o prestacional. Para que esto fuera una realidad han transcurrido una serie de cambios normativos, doctrinales y jurisprudenciales a lo largo de la historia; es así como en la década de los 80 en el sistema nacional de salud, se establecieron unos principios básicos e incipientes que buscaban establecer un servicio público de salud, entre ellos se encontraban la universalidad, participación ciudadana y comunitaria, subsidiariedad, complementariedad e integración funcional (ley 10, 1990); estos principios buscaban mejorar el acceso a los servicios de salud de la población colombiana; más seguía dejando la salud como un derecho de segunda categoría. (Ramírez et al, 2016, pág. 3)

Posteriormente con la ley 100 de 1993 se dieron cambios influenciados por las tendencias neoliberales del contexto global; pero se hace un avance importante en cuanto a principios rectores del ahora llamado sistema General de Seguridad Social integral, se incluyen los principios de eficiencia, solidaridad, Integralidad y unidad; estos sin embargo con un enfoque económico de la salud, pues se creó con dicha ley un mercado regulado de salud en donde las empresas y actores deben ser auto sostenibles y velar por el eficiente uso de los recursos; de esta forma la salud aunque reconocido como bien “supremo” sigue estando supeditado al presupuesto y de esta manera se establecen unos planes de salud con coberturas definidas. (Ramírez et al, 2016, pág. 3)

Recientemente la ley 1751 de 2015 (ley estatutaria en salud) ha tomado varios elementos del derecho para resaltar su naturaleza como derecho fundamental. De este modo, la declaración de derechos humanos, el pacto internacional de derechos económicos. Sociales y culturales, en

especial la observación 14 y la constitución política de Colombia, han provisto las bases legales y constitucionales para instituir el derecho fundamental a la salud con base en sus características sustantivas, entre otras, que es inherente a la condición humana, es irrenunciable, que no prescribe y que es deber del estado garantizarlo; para ello la citada norma incluye 18 elementos esenciales y principios que pretenden garantizar la prestación de los servicios de salud de una manera que consoliden dicho derecho y lo conviertan en una realidad. (Ramírez et al, 2016, pàg 3)

La corte constitucional ha sostenido que el derecho a la salud tiene naturaleza de derecho fundamental de manera autónoma; en este sentido la sentencia T 860 de 2003 menciona que la prestación de servicios de salud tiene un carácter vinculante para los entes encargados; en caso del desconocimiento de sus obligaciones, se estaría en presencia de la violación de un derecho fundamental; cuya protección puede ser invocada de manera autónoma y directa. Otras sentencias como la T-016 de 2007 protege el derecho a la salud como derecho fundamental, también la T-760 de 2008 vincula algunas características “principios” en la prestación de los servicios de salud, por último, en la sentencia T 121 de 2015 la corte continúa ratificándolo como un derecho fundamental. (Ramírez et al, 2016, pág. 4)

Sin embargo, la salud es definida en la Constitución Nacional de 1991, en su artículo 49, como:

ART. 49. “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de

servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. [...] Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad (Jiménez et al, 2016, pág. 82).

Posteriormente, en 1993, el legislativo, desarrolló el contenido del artículo 49 mediante la promulgación de la Ley 100, en particular, con lo contenido en su libro segundo, el cual, creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Con ello, comenzó una transformación del esquema de salud, dando amplia participación a entidades privadas tanto en el aseguramiento como en la prestación de servicios, mediante la creación de las entidades promotoras de salud (EPS) y las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) (Jiménez et al, 2016, pág. 82).

Finalmente, en 2008, la Corte Constitucional al proferir la sentencia T-760, sentó las bases que permitirían la transformación más grande que ha sufrido la salud en Colombia, con la aprobación de la Ley 1751 de 2015, que avala a la salud como derecho fundamental (Jiménez et al, 2016, pág. 82)

Los derechos fundamentales son aquellos que se sugieren inquebrantables bajo cualquier circunstancia, pues forman parte de la esencia misma del ser humano y de la sociedad en general. Entre los diferentes derechos fundamentales establecidos en la Constitución Política de Colombia de 1991, se destacan el derecho a la vida, al trabajo, a la paz y el derecho al voto, entre otros de carácter perentorio para la sana convivencia del Estado colombiano 2. No obstante, para efectos de los intereses propios de este apartado, la atención se centrará en la relación entre el

derecho a la vida y el desprendimiento que de él se seguirá hacia el derecho a la salud como futuro derecho fundamental avalado por la Ley Estatutaria 1751 del 2015 (Jiménez et al, 2016, pág. 83)

De esta forma, incluso antes de promulgarse la Ley 100 de 1993, la salud comienza a jugar un papel de importancia frente a los derechos civiles y políticos; adicionalmente, se empieza a establecer, por parte de la Corte Constitucional, en especial en las sentencias T-406 y T-484, ambas generadas en 1992, una conexidad entre la salud, como parte de los derechos económicos, sociales y culturales, y la vida, como derecho fundamental establecido en el artículo 11 de la Constitución Nacional (Jiménez et al, 2016, pág. 83)

Así, la Corte señaló dos bloques sobre la salud: 1) un derecho de carácter asistencial en manos del Estado para su cumplimiento, siendo este un servicio público, y 2) como derechos económicos, sociales y culturales en conexidad con los derechos fundamentales. (Jiménez et al, 2016, pág. 83)

En el mismo año de 1993, la Corte Constitucional establece que los derechos de primera y segunda generación se ven en conexidad por el mínimo vital necesario para el desempeño físico y social, el cual el Estado debe garantizar como derecho irrenunciable a la seguridad social. Consecuentemente, en el año de 1993, en la sentencia T-494 (Jiménez et al, 2016, pág. 84)

“[...] la salud y la integridad física son objetos jurídicos identificables, pero nunca desligados de la vida humana que los abarca de manera directa. Por ello cuando se habla del derecho a la vida se comprenden necesariamente los derechos a la salud e integridad física, porque lo que se predica del género cobija a cada una de las especies que lo integran [...]”.

No obstante, bajo la Ley 100 de 1993, la salud quedó como un servicio público obligatorio el cual puede ser prestado por personas jurídicas públicas, privadas y mixtas. Esto permitió la

creación de un modelo de aseguramiento que responde a los principios y a las lógicas de los mercados regulados, con su consecuente priorización de lo financiero sobre la condición de existencia del ser humano, colocando en riesgo de privación el derecho fundamental a la vida. Esto confronta al SGSSS a dos realidades: la primera, que el derecho a la vida depende, en algunos casos, del servicio público de salud y, segundo, que por dicha causa no se pueden admitir pretextos de orden patrimonial que impidan a los ciudadanos recibir la atención en salud que requieran en el momento oportuno que la necesiten (Jiménez et al, 2016, pág. 84)

De acuerdo con lo anterior, en el año de 1994 se conoció la primera sentencia que iba a definir la salud como un derecho fundamental autónomo, desligándolo del derecho fundamental de la vida, sin embargo, estas sentencias se aplicaban a casos puntuales, sin que aún pudiera generalizarse este postulado para el marco general de la comprensión de la salud. (Jiménez et al, 2016, pág. 84)

En el mismo sentido, lo anterior fue reforzado por la Corte Constitucional en la sentencia C-408 de 1994, en la que estableció a la seguridad social también como derecho fundamental autónomo:

“Amparado el derecho a la seguridad social, para casos concretos, en la medida en que resulta tan directa su relación con un derecho fundamental, cuya garantía no sería posible, por vía de la tutela, sin la protección de aquél; y, no en razón de que se considerase fundamental de manera general el comentado derecho”.

Posteriormente, en la sentencia T-207 de 1995, se señaló que sólo se puede vincular la salud con un derecho fundamental siempre que se compruebe que el segundo esté en riesgo o sea afectado, ya que la acción de tutela no puede entrar si no está en riesgo el mínimo vital. Empero, entre los principios de la Constitución se halla el de la dignidad humana, la cual debe ser

defendida por el Estado, por tanto, si la negación de una atención en salud afecta la dignidad humana, puede recurrirse al amparo de tutela con el fin de no violar este principio (Jiménez et al, 2016, pág. 84).

Es así que en la sentencia de la Corte Constitucional SU-111 de 1997 (sentencia de unificación jurisprudencial), se establece que solo habrá conexidad entre la salud y la vida “cuando se comprueba un atentado grave contra la dignidad humana de las personas”, dando así el carácter de derecho fundamental a la salud cuando haya una vulneración al mínimo vital que debe resguardar el Estado (Jiménez et al, 2016, pág. 84)

Por tanto, luego de establecida la conexidad entre el servicio de salud y el derecho a la vida y dignidad humana, se ve la necesidad de separar el uno del otro, pues el principio de dignidad humana presupone una salud digna para poseer así una vida digna y no es posible esperar el deterioro del primero para salvar el segundo. De esta manera, cada vez más la salud empieza a entenderse como un derecho fundamental en los casos en que se ven afectadas la vida, la integridad personal y la dignidad humana (Jiménez et al, 2016, pág. 84).

Sin embargo, desde que la corte constitucional profirió la sentencia T-652 del 2006, vuelve a retomar el enfoque ya mencionado, de considerar a la salud como desligada del servicio público para convertirse en un derecho fundamental autónomo derivado del derecho a la vida, al establecer que en algunos casos y por algunos aspectos, el derecho a la salud es un derecho fundamental en sí mismo. Asimismo, en la sentencia T-652 del 2006 se instaló un caso en el cual se veía influenciado el derecho a la vida a través del servicio público de la salud siendo tutelado este último de forma autónoma. De esta forma, se puede afirmar que el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud está estrechamente vinculado a la dignidad humana y es

presupuesto del goce efectivo de buena parte de los demás derechos fundamentales (Jiménez et al, 2016, pág. 85).

Como se mencionó anteriormente, ya desde la tutela establecida en el año de 1994, comenzó a recibir la Sala Constitucional un gran número de tutelas que daban conexidad entre el servicio de la salud y el derecho a la vida. Debido a estas tutelas, la Corte Constitucional extrajo una sentencia de tipo T caracterizada por ser de cumplimiento inmediato, la cual se basó en las decisiones emanadas de un grupo de tutelas que, a juicio de la Corte, presentaban casos paradigmáticos para el funcionamiento del sistema. Así es proferida la sentencia T-760 del 2008, la cual transforma el servicio público de salud en derecho fundamental (Jiménez et al, 2016, pág. 85).

“[...] 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 el ser tutelable; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el accionante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la naturaleza fundamental 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”

De esta forma, la jurisprudencia constitucional vincula los derechos constitucionales que todas las personas tienen de manera directa con la salud. Posteriormente, en la sentencia T-1176 del 2008, el derecho a la salud cobra más carácter de derecho fundamental, al afirmar que: “ el carácter fundamental del derecho a la salud no puede depender de una alegada relación de conexidad con otros derechos fundamentales pues dicha exigencia trae consigo dos proposiciones que suscitan serios reparos: (i) en primer lugar, por esta vía se niega la naturaleza *ius fundamental* del derecho a la salud, en la medida en que se demanda la acreditación de un vínculo con un derecho del cual sí se pueda predicar efectivamente tal carácter; (ii) en segundo término, como ha sido señalado en esta providencia, en cierta medida tal requisito es un contrasentido dado que una vulneración de un derecho fundamental –cualquiera sea éste– en todos los casos trae consigo la alteración de otras garantías, por lo que en estos eventos siempre se presenta una relación de conexidad”.

En efecto, se puede ver la conexidad entre salud y vida, de tal forma que, al verse la primera afectada, de manera directa perjudicará la segunda. En consecuencia, una de las funciones del Estado es la obligación de proporcionar lo mínimo indispensable para mantener la vida; no obstante, debido a que la salud no siempre es dependiente de la vida, puede observarse que en ocasiones incurre en la vulneración de la segunda, aun cuando la primera se mantenga en pie, pues es claro que para garantizar la vida no es necesario gozar de buena salud. De tal manera, se afirma frente a la escala fundamental de derechos una imparcialidad de los dos, pues ambos son dependientes en algunos casos como en otros no (Jiménez et al, 2016, pág. 86)

Retomando los alcances de la sentencia T- 760 de 2008, se puede afirmar que ella se transformó en la base del sustento de lo que va a ser el núcleo y la piedra angular del derecho a la salud como un derecho fundamental. Así pues, las compilaciones jurisprudenciales que se establecieron ante la corte constitucional acerca de la relación entre la vida y la salud a través del servicio público, dieron un enfoque para establecer la salud como un derecho de índole fundamental (Jiménez et al, 2016, pág. 86)

Derivado de los postulados expuestos, la corte constitucional definió las garantías a las que los ciudadanos tienen derecho como afiliados al SGSSS a través de una EPS, así 1) acceso a los servicios, incluidos los que no se hallen en el POS; 2) la protección especial a los niños y sus fáciles accesos al servicio; 3) toda persona tiene derecho a que su EPS valore científica y técnicamente el concepto de un médico reconocido y vinculado al sistema de salud que considera que la persona requiere un servicio de salud 4) el balance económico no puede ser obstáculo para el servicio de salud; 5) el derecho a acceder a las pruebas de examen indispensables para determinar su servicio sanitario ;6) las enfermedades de índole catastrófica no pueden impedir el servicio de salud; 7) el servicio de las EPS debe ser continuo, no puede ser interrumpido; 8) la libre decisión de las EPS que le pueden dar el servicio de salud (Jiménez et al, 2016, pág. 86)

Finalmente, vale la pena recalcar que el derecho a la salud es reconocido, también, como un derecho internacional y humanitario, y está estrechamente vinculado a la dignidad humana, siendo presupuesto del goce efectivo de buena parte de los demás derechos fundamentales. Lo que da fundamento adicional a la comprensión de la salud como un derecho de índole fundamental (Jiménez et al, 2016, pág. 86)

2.2 Marco Teórico.

2.2.1 Déficit de médicos Especialistas y Subespecialistas.

De acuerdo a un estudio del Cendex (Centro de proyectos para el desarrollo, es una unidad académica de la Pontificia Universidad Javeriana, de carácter interdisciplinario, que genera y aplica conocimiento de manera ética y crítica, y desarrolla tecnología de la más alta calidad, para contribuir al crecimiento social e institucional). En un estudio realizado en el año 2010 proyectaba para el 2011 que al país le faltaban de 14 mil 424 a 25 mil 780 médicos generales. En otras palabras, se tienen 77 mil 473 médicos generales, pero deberían existir de 91 mil 189 a 103 mil 253 para cubrir la demanda de pacientes en todo el país. El déficit se extiende a los médicos especialistas, porque se tienen 7 mil 872 pero se necesitan de 9 mil 66 a 10 mil 187. Lo mismo sucede con los subespecialistas (médicos con segunda especialización), porque se cuenta con 5 mil 464 pero se requieren entre 6 mil 93 a 6 mil 846. (El Universal, 2012)

Como se puede evidenciar en el párrafo anterior, existe un déficit tanto de médicos generales como especialistas. Esto es un inconveniente serio ya que la mayor parte de los PQRD interpuestas ante las EPS y los entes de control es por la falta de oportunidad en las citas médicas tanto generales como especializadas. En estos momentos se está evidenciando que las citas médicas que deben ser otorgadas en un máximo de 3 días hábiles según la resolución 1552 del 2013 pueden llegar a demorarse un mes o incluso más tiempo en ser agendadas.

Respecto a las citas médicas con especialistas el panorama es mucho más desalentador, ya que según la circular 056 del 2009 las consultas médicas especializadas deben tener un lapso entre 5 días hasta máximo 30 según la especialidad requerida por el usuario, es sumamente preocupante que la disponibilidad de citas médicas especializadas y sub especializadas pueda llegar a una

demora de hasta tres o cuatro meses según la experiencia profesional del autor en especialidades de suma urgencia como las oncológicas o las subespecialidades pediátricas.

Una primera respuesta es que el modelo de atención en salud ha creado la falsa necesidad de tener un elevado número de especialistas y subespecialistas mediante la castración legal, y hasta formativa, de la capacidad de resolución de los médicos generales, que se limitan a remitir pacientes a los especialistas. Es necesario que el país sepa, que el médico general puede resolver el 60 o el 70 por ciento de los problemas de salud. (Correa, 2014)

Hay que devolverles la capacidad resolutoria a los médicos generales, hay que volver a tener en cuenta que no se requiere tantos especialistas para hacer un control o para diagnosticar una enfermedad. Para tratamientos sin duda, sí; para hacer seguimientos potenciales en muchas enfermedades, sí. (Otero, 2015)

Para un modelo de atención primaria es sumamente importante que los médicos generales tengan suficiente capacidad de respuesta, correlación clínica y manejo terapéutico eficiente de los pacientes. Aunque es sumamente importante que los galenos tengan presente el principio de la autorregulación y que se encuentren plenamente seguros de que la patología puntual del paciente que estén valorando si pueda ser manejada bajo su capacidad científica o en su defecto remitir necesariamente al paciente a una valoración con medicina especializada, esto en pro de la seguridad del paciente, que tenga como finalidad la prevención de eventos adversos en los usuarios de los servicios de medicina general.

Hay muchas enfermedades y síntomas que pueden ser atendidas por el médico general y un tanto de cirugías que puede hacerlas el cirujano general. Por ejemplo, el cirujano general puede tranquilamente operar una vesícula y no necesariamente el cirujano de vías digestivas; un ortopedista general puede operar una rodilla y no un subespecialista de rodilla; un internista

puede atender muchas enfermedades y no necesariamente el paciente tiene que ir a un endocrinólogo. (Otero, 2015)

“*El cartel de especialistas*”, así ha descrito el ministro de Salud, Alejandro Gaviria, las estrategias que algunas universidades y sociedades médicas estarían utilizando para privilegiar a ciertas personas (hijos de poderosos, gente adinerada) con los pocos cupos que ofrecen las instituciones educativas a quienes quieran especializarse. (Cuevas, 2013)

En Colombia, unos 150 a 500 médicos generales compiten cada año por un cupo en una “residencia”, como se conoce a las especializaciones. Un efecto de esta falta de vacantes es una fuga de cerebros. Muchos médicos viajan a Brasil, España o EE.UU. en busca de especializaciones. (Monsalve, 2015)

Pero no sólo las roscas les han quitado la oportunidad a decenas de médicos talentosos. Entre los obstáculos que se han identificado para acceder a posgrados como psiquiatría, radiología, oftalmología o anestesiología se encuentran los costos de las matrículas, la inestabilidad económica que representa internarse en un hospital mientras se aprende, mínimo tres años más sin recibir remuneraciones, y que no existan la tecnología ni la infraestructura necesarias —en universidades y hospitales— para tantos aprendices. (Cuevas, 2013)

La propuesta hecha por el Ministerio de Salud, para permitir que los hospitales de alta calidad formen a especialistas y, además, que los médicos en formación reciban un pago por los servicios que prestan en clínicas y hospitales, tiene con los pelos de punta a más de uno en el sector académico y en los gremios médicos. (Moreno, 2013)

Los Hospitales Universitarios de alto nivel sí podrían formar especialistas y subespecialistas haciendo uso de sus instalaciones, tecnologías y profesionales con los que cuentan en su planta de personal, además las ciencias biomédicas se caracterizan por ser teórico-prácticas enfatizadas

al estudio de casos, que en un Hospital universitario sería muy fácil de acondicionar, siendo esta una opción pedagógica más practica ya que el aprendizaje es mucho más rápido que con mera teoría.

La solución la dio el ministro Gaviria y era que los hospitales universitarios fueran los que formaran a los especialistas. De hecho, los especialistas se forman en el hospital. Ahí es donde se hace la residencia. Desafortunadamente esta medida que hubiese sido una buena solución a esta problemática, no tuvo la acogida suficiente y quedó engavetada. (Otero, 2015)

En Colombia reciben una ayuda financiera del Ictex (dos salarios mínimos mensuales). La mayoría se endeudan durante la especialización o se ven obligados a trabajar clandestinamente cumpliendo turnos nocturnos sin tener su diploma de especialistas. (Monsalve, 2015)

Sin embargo, para muchos, echar para atrás el recorte de becas crédito fue sólo un pañito de agua tibia, pues el sistema de formación de especialistas médicos está lleno de problemas. El primero es que las becas crédito, un beneficio que consiste en entregarle a los médicos estudiantes dos salarios mínimos mensuales para completar el pago de su matrícula o para sostenimiento, se quedan cortas teniendo en cuenta que los semestres de las especializaciones pueden costar en promedio \$14 millones. Además, los créditos no cubren a todos residentes que los solicitan. (Monsalve, 2015)

Un docente debe explicar paso a paso cada procedimiento a sus estudiantes. Imagínese esa tarea no con dos o tres sino con 200 estudiantes. Los médicos deben operar a la velocidad que permita que la persona en formación haga su proceso y no genere un riesgo para el paciente”. (Moreno, 2013)

El sistema de atención colombiano es un sistema basado en la atención de la enfermedad y desafortunadamente en una atención especializada y subespecializada que lo volvió costoso e ineficiente y esencialmente problemático. Eso ha generado una escasez de especialistas, que debe mirarse desde dos vías: un déficit real porque sí hay especialidades en las cuales hay pocos profesionales, como es el caso de las pediátricas, pero no en todas las especialidades ocurre esto. Lo que pasa es que como el sistema de salud está organizado de esta manera pareciera que hay tal escasez. (Otero, 2015)

2.2.2 Aplicativo Mipres

Los Comités Técnico Científicos (CTC), encargados de aprobar los medicamentos que no contemplaba el Plan Obligatorio de Salud (POS), eran un laberinto en el que se extraviaron muchos pacientes en Colombia. Después de que el médico prescribía un medicamento, la aprobación por parte de este comité de la EPS podía demorar hasta 15 días, tiempo al que se sumaban otros trámites, como la radicación de documentos, los turnos de espera en las farmacias y las horas empleadas en moverse de un centro médico a otro hasta llegar a tener el medicamento en las manos. (Monsalve, 2017)

Para el Ministerio esto representaba una barrera que prolongaba los tiempos en las autorizaciones de los medicamentos y servicios No POS. Mipres también surge como respuesta a una reiteración que se da en la Ley Estatutaria de Salud, a la autonomía médica. El Ministerio hizo un ajuste en el procedimiento al incluir una herramienta que le permite al médico de manera directa, sin que medie ninguna instancia ni ninguna autorización por parte de las entidades promotoras de salud (EPS) prescribir los servicios y medicamentos No POS.

Para muchos, el CTC se convirtió en una barrera administrativa que, además, ponía en entredicho la autonomía médica. Por esa razón, uno de los puntos que más sonaron cuando se

sancionó la Ley Estatutaria de Salud, fue ponerles fin a estos comités, proceso que prometía agilizar los trámites y devolverles a los profesionales la independencia a la hora de prescribir. (Monsalve, 2017)

Entrando a suplir los CTC, se explicó en ese entonces, el Ministerio de Salud tenía que crear una plataforma, hoy llamada Mi Prescripción (Mipres), por medio de la cual los profesionales de la salud pueden formular medicamentos, procedimientos o dispositivos que no están incluidos en el POS, ahora Plan de Beneficios, sin necesidad de la aprobación de un tercero. (Monsalve, 2017)

Con la ruta de Mipres, cuando el médico determina que un paciente requiere un servicio No POS, entra al aplicativo, prescribe el servicio y cuando concluye su consulta, entrega una copia de la orden médica al paciente, la cual tendrá un número consecutivo que corresponde a la autorización para la entrega, de tal manera que el usuario no requiere esperar la respuesta del anotado comité y le resta únicamente, estar atento a que la EPS lo llame y le indique la fecha y lugar dónde se suministrará el servicio ordenado. Esa es una tarea que debe adelantar la EPS.

En cuanto al gasto no supondría ningún cambio sustancial, porque lo que hoy se está prescribiendo, así como lo que se vaya a prescribir en el futuro, debe ser lo que los pacientes requieren. Si la condición médica se mantiene, se debería mantener la prescripción. Hay que anotar que de la mano de Mipres va un mensaje fuerte y es que el médico debe ser consciente que cuando está al frente del paciente se está convirtiendo en ordenador del gasto porque lo que prescribe se convierte en el soporte para que el Fosyga lo pague a la IPS que se prestó o a la EPS que lo recobró. El médico debe concientizarse de este ejercicio y es por eso que el Ministerio ha insistido en que la sostenibilidad del sistema con Mipres, debe ser una preocupación de todos los actores, entendiendo que no hay recursos infinitos.

Respecto al tiempo de trámite y gestión por parte de las entidades tenemos varios escenarios: uno es si el paciente se encuentra hospitalizado o en el servicio de urgencias, el suministro efectivo debe garantizarse en un tiempo no superior a 24 horas de acuerdo con la situación clínica del paciente, es decir que si la vida está en riesgo inminente la entrega debe realizarse de manera inmediata. Otro es si el paciente se encuentra en atención ambulatoria, y el profesional lo define como priorizado, ahí hay un día. El tercer escenario es cuando el profesional de la salud no lo ha catalogado como prioritario, en ese caso tiene hasta cinco días. Hay un cuarto escenario en donde no es viable definir un plazo específico porque se trata de una cirugía o se trata de un medicamento que se debe importar, entonces la norma prevé que en ese caso la EPS tendrá que actuar de manera oportuna sin que sus actividades terminen dilatando la entrega. Hay un tiempo para el suministro de los medicamentos vitales no disponibles que se encuentra aproximadamente en 15 días, ese plazo es más amplio porque se requiere de trámites adicionales que no solo corresponden a la EPS.

Diligenciar los trámites que exige la plataforma demora mínimo 12 minutos por cada procedimiento, lo que dificulta el desarrollo de las consultas médicas. “Muchas veces los pacientes necesitan más de un medicamento, y fuera de eso tenemos que hacer una consulta en 20 minutos, si el paciente llegara a necesitar más de dos medicamentos no se podría hacer la consulta completa “.

Uno de los inconvenientes es que algunas farmacias les niegan las prescripciones ya autorizadas por las EPS. Por su parte los médicos manifiestan que para ciertas enfermedades los medicamentos no están en las presentaciones que deberían y esto dificulta prescribirlos. También sucede que las EPS no dan respuesta a los pacientes en los cinco días hábiles que prevé la ley

para notificarle donde reclamar su medicamento. “En la costa Atlántica los enfermos llevan 20 días esperando que la EPS los notifique”. La otra barrera es cuando la EPS les autoriza a los usuarios la prescripción, pero la IPS no entrega lo solicitado por el médico. Adicionalmente algunas regiones tienen problemas de conectividad y “si no tienen computador, no podrán prescribir”.

El aplicativo no permite prescribir en pacientes hospitalizados o ambulatorios y persisten dificultades en Mi Seguridad Social, para los médicos que pertenecen a régimen especial. Igualmente, no existe un modificador, es decir, si el médico comete algún error humano, debe eliminar toda la prescripción. Así como tampoco reporta la especialidad del médico, ni su firma y no está reconociendo el 100% de los números de identificación de los pacientes. “La búsqueda de los diagnósticos, medicamentos y procedimientos, es engorrosa y demorada ya que depende de la palabra clave que se le dé al sistema para su respectiva búsqueda, sólo despliega 15 opciones y el tamaño de la letra es casi ilegible”. El hecho de que a través de Mipres no se puedan prescribir servicios complementarios, como pañales y sillas de ruedas empeora la situación. (Valbuena, 2017)

Asimismo se espera que con el portal de mi seguridad social, se vayan disminuyendo los diversos inconvenientes que vienen aconteciendo desde hace una buena cantidad de tiempo con los aspectos de aseguramiento (afiliaciones y traslados) junto a la plataforma del Mipres donde se radicarían las solicitudes no POS del régimen contributivo (inicialmente), con la finalidad de ser aceptadas en un máximo de 5 días hábiles para su respectiva autorización sin necesidad de CTC (comité técnico científico).

El aplicativo Mipres es de suma importancia para la prospectiva futura del régimen de salud Colombiano, ya que determinara aspectos clave de las solicitudes no cubiertas por el plan de beneficios, la idea se fundamenta bajo el principio de que se disminuyan las barreras administrativas en el acceso a los servicios de salud, asimismo se debe tener en cuenta que el ministerio debe ser muy cuidadoso con las especificaciones técnicas en el uso del mismo debido a la buena cantidad de quejas que se han dado a conocer en los párrafos anteriores.

2.2.3 Falta de oportunidad en la prestación de los servicios de salud

La meta del estado colombiano consiste en que el sistema de aseguramiento llegue al 100 % de cobertura en este país. Ya se tiene muy bien establecido las condiciones y descripciones del régimen subsidiado y contributivo junto a los demás regímenes especiales en salud, Colombia es un país que se encuentra en la transición de ir actualizando los planes de beneficios con base en las necesidades de salud de las personas, para que se llegue a una atención integral y universal, esta depende en gran medida de algunos ajustes en las estrategias de la prestación del servicio de salud.

Para poder hacer una propuesta de un nuevo modelo de SGSSS, se debe tener en cuenta que hay tres problemas centrales en el sistema de salud: el primero se refiere a la baja cobertura del régimen contributivo, ligada al entorno económico vigente que no permite expandir el empleo formal asalariado, sino que por el contrario lo precariza e impone deterioro salarial a los trabajadores. (Tarazona, 2013, pág. 17)

En lo que respecta a la baja cobertura del régimen contributivo, este es un aspecto sumamente interesante debido a que este régimen debería ser mucho más abundante en cantidad de afiliados, según los indicadores presentados en Colombia durante los últimos años se evidencia de manera muy clara avances en la situación de desempleo, pobreza convencional y extrema donde se

comprueba una disminución en estos indicadores mostrando un aparente avance social del país.

El hecho de que no se pueda expandir el empleo formal asalariado conlleva a que los ciudadanos no tengan garantías suficientes para cotizar en el sistema General de Seguridad Social en salud afiliándose al régimen contributivo debido a su capacidad de pago, en cambio teniendo un nivel I o II de Sisben optan por actividades económicas informales donde no se ven obligados a cotizar seguridad social y de esta forma pertenecer al régimen subsidiado de salud; valga la aclaración que muchas de estas actividades informales generan ingresos económicos mucho más altos de lo que se creería, generando la posibilidad de tener capacidad de pago que posibilite la cotización al sistema por medio del régimen contributivo como se indicaría en la normatividad vigente.

Al mismo tiempo debe haber una armonización de las políticas económicas con el sector salud, a fin de buscar el equilibrio entre los afiliados al régimen contributivo y subsidiado que ayudaría al saneamiento financiero del sistema. Cerrando de esta manera las brechas de desigualdad, inequidad, ampliando la cobertura tanto regional como generacional. (Tarazona, 2013, pág. 20)

Es sumamente inquietante que muchas personas encuestadas y con posible capacidad de pago, queden focalizadas con niveles I y II de Sisben perteneciendo al régimen subsidiado sin cotizar debidamente al sistema como lo indica el decreto 2353 de 2015. Esto reduce la posibilidad de que individuos que se encuentren de manera verídica en situaciones graves de vulnerabilidad tengan el derecho a pertenecer al régimen subsidiado de salud y puedan gozar de un servicio de calidad, eficacia y eficiencia bajo los principios de la pérdida total de capacidad de pago, pudiendo estos disfrutar de una seguridad social financiada por el estado por medio del régimen subsidiado como lo indicaría la normatividad en seguridad social.

Los servicios de salud que sean solicitados por los médicos y que se encuentren dentro del POS deberían cumplir con el principio de pertinencia medica sin necesidad de autorización por parte de un funcionario que posee una formación profesional inferior a la de un profesional en medicina, asimismo se debe incentivar la creación de más instituciones prestadoras de servicios de salud tanto públicas como privadas, especialmente en ciudades intermedias y sitios periféricos del país, para esto es importante que los inconvenientes financieros del sistema General de Seguridad Social en salud sean resueltos de manera paulatina con la finalidad de que las IPS Sean viables económicamente mejorando la oferta en la prestación de los servicios de salud actuales.

En lo que compete a la falta de oportunidad en la prestación de los servicios de salud, se analizó que los dos principales impactos negativos en el cuidado de los usuarios se fundamentan en los inconvenientes para las autorizaciones de la atención en salud y los impedimentos para la entrega de los medicamentos que se encuentren incluidos o no en el plan de beneficios.

El cambio de roles ayuda a mejorar la comunicación, que es un problema en la mayoría de las organizaciones, igualmente se identifican líderes dentro del grupo en estudio, se ve reflejada de una manera diferente la retribución de las actividades realizadas por cada uno de los asesores. (Correales, 2014). Con la actividad de cambio de roles se evidencia una mayor eficiencia en la verificación de las destrezas de los asesores y la reasignación de tareas, en esta actividad se puede identificar una mayor cantidad de destrezas laborales según los ejercicios de cambio de roles y la reasignación eficiente de funciones según las aptitudes y actitudes de los funcionarios de cada una de las dependencias.

Al revisar las actualizaciones en el aplicativo no siempre permite que se verifiquen el estado de afiliación, historial de autorizaciones dentro y fuera del plan de beneficios, duplicidad de autorizaciones por afiliado, topes en la cantidad de pretensiones, generando reprocesos, atrasos, no anulación de las autorizaciones realizadas anteriormente y en estado vencido, por cambio de cantidad, de prestador y permitiendo tener una puerta abierta en el gasto y/o utilización doble de las autorizaciones dadas al usuario. Si el aplicativo de salud permite realizar las anteriores verificaciones la batería se agilizaría y disminuiría el tiempo de espera de un afiliado en una oficina de atención, se realizarían más actividades por cada sesión de línea de frente, logrando cumplir una mayor cantidad de metas trazadas de una manera menos agotante, con calidad en la prestación del servicio, oportuna logrando estándares de servicio. (Correales, 2014)

Para esto es de suma importancia que el aplicativo sea fácil de consultar y visualizar ya que algunos de estos softwares no son cómodos de utilizar, generando obviedades en la averiguación de información y gestión de los requerimientos necesitados por los pacientes llevando a demoras e imprecisiones en la atención en salud.

Se deben realizar talleres prácticos a los funcionarios para que estos se perfeccionen y se preste un servicio de calidad a los usuarios. Esto ha generado que se cree un cuello de botella de enormes proporciones en la autorización de servicios incluidos en el plan de beneficios, con demoras sustancialmente prolongadas contraviniendo de las leyes que rigen esta función, llevando a los usuarios a tomar medidas legales para la prestación de servicios, puesto que las EPS e IPS se preocupan por contar con un número de usuarios determinado, pero no evalúan la calidad del servicio prestado. (Correales, 2014)

Para ello es de suma importancia que existan evaluaciones honestas de calidad para el desempeño de los auxiliares, donde se evalúe de manera eficiente su productividad y su capacidad de gestión, puesto que en muchas ocasiones y según la experiencia profesional del autor los asesores poseen una baja productividad no por falta de capacidades sino por carencia de compromiso con la institución, si bien es cierto que los indicadores de productividad son importantes tampoco estos deben ser exagerados ya que esta situación desencadenaría una alta rotación al disminuir la motivación en los colaboradores.

Respecto a las mejoras para la entrega de los medicamentos, estas se fundamentarían en implicaciones como son rupturas en el flujo de productos, incumplimiento en los tiempos de respuesta a pacientes, inadecuada gestión de inventarios, aumento en los costos de intermediación por la compra de medicamentos e inestabilidad en los niveles de servicio, provocando una imagen desfavorable de las instituciones de salud ante la población en general, y posibles efectos negativos en la salud de los pacientes por situaciones de no continuidad en los tratamientos. (Zamora et al, 2016, pág. 174)

Puntualizan la falta de información sobre el uso apropiado de los medicamentos, la concepción tergiversada del medicamento visto como un objeto de consumo cualquiera, y la práctica de automedicación. Finalmente, respecto a la entrega de medicamentos por los dispensadores, mencionan: el incumplimiento de las normas sobre venta de medicamentos (con receta, venta libre, bajo control): la falta de capacitación del personal responsable; el predominio del interés lucrativo sobre el comportamiento ético en la función de la dispensación, así como la falta de claridad sobre los parámetros para la sustitución de los medicamentos prescritos.

(Gutiérrez, J, Manrique, R, 2015, pág. 50)

La necesidad de establecer mecanismos efectivos de coordinación en la red de suministro, no es tarea fácil, e implica abordar factores estratégicos y operativos de forma integral debido a la naturaleza compleja de la red de suministro, especialmente por las características de concentración de actores, su configuración y formas de operación. Para el caso de productos especializados que requieren múltiples componentes, o en redes de suministro con gran número de proveedores, la implementación de mecanismos de coordinación puede generar una gran carga operativa y altos costos de operación. En este sentido, la definición de estos mecanismos, debe estar acorde con el contexto particular de cada red de suministro y sus necesidades particulares. (Zamora et al, 2016, pág. 175)

El comportamiento de costos para cada uno de los dos escenarios se encuentra asociado a las cantidades adquiridas a través de las diferentes instancias de proveedores en la red de suministro. El costo total en las IPS es menor, donde se adquieren en un mayor porcentaje los medicamentos directamente a los laboratorios o importadores o a través de las EPS. La política de uso de altos niveles de intermediación (escenario actual), resulta en un mayor costo para el sistema. (Zamora et al, 2016, pág. 180)

La búsqueda de estrategias que prioricen la implementación de mecanismos de coordinación y negociación en la red de abastecimiento de medicamentos oncológicos, se constituye en una herramienta fundamental para la definición de políticas públicas y la toma de decisiones en el ámbito de la salud colombiana. La implementación de los mecanismos de coordinación implica la adopción de acuerdos entre los niveles de la red y la utilización de tecnologías de información y comunicación, que permitan conocer en tiempo real las cantidades de medicamentos requeridos en el sistema y las capacidades de respuesta de los niveles proveedores en las diferentes instancias de la red de suministro. (Zamora et al, 2016, pág 182)

Adicionalmente existen otras estrategias que podrían mejorar la disponibilidad y rotación de los medicamentos para los pacientes que se encuentran aquejados por diversos tipos de patologías en casos como por ejemplo: las empresas transnacionales compatibilicen intereses comerciales con derechos humanos y objetivos de las políticas sanitarias, asumiendo responsabilidad social para garantizar el acceso a los medicamentos de alto costo.

El gobierno nacional debe garantizar el acceso a los medicamentos de alto costo estabilizando y velando por la optimización en el uso de los recursos públicos evitando el despilfarro de los recursos de la salud de manera innecesaria, informándose sobre la situación en otros países, compartiendo buenas prácticas en el área farmacéutica coordinando protocolos de cobertura y compras conjuntas.

Con la ley estatutaria en salud los médicos se convierten en ordenadores del gasto al prescribir lo estrictamente necesario por el aplicativo Mipres del que se habló en el subcapítulo anterior, asimismo deben ser conscientes al prescribir, asegurando la eficacia y costo-eficiencia de lo que medican, basándose en la evidencia a la hora de tomar decisiones clínicas y terapéuticas.

Para los ciudadanos y pacientes se debe racionalizar el uso de los medicamentos y otros servicios de salud con la intención de crear la construcción de una conciencia colectiva sobre la importancia de la eficacia clínica de un fármaco o demás requerimientos para la prestación de los servicios de salud.

En el caso del poder judicial este debe velar por el derecho fundamental de la salud teniendo amplia conciencia en las decisiones que se toman basado en información sólida y evidencia científica, así tengan que recurrir a profesionales de otras áreas evaluando la relevancia de sus decisiones en el presupuesto público asegurando la racionalidad de los gastos.

La atención farmacéutica debería siempre estar contemplada dentro de la política nacional de salud como parte de las acciones de prevención, promoción y recuperación consideradas en la atención sanitaria. Sin embargo, la propia naturaleza del medicamento trasciende el aspecto sanitario, congregando otras esferas de la dinámica nacional, que lo convierten en un objeto diferenciado sobre el cual es necesario plantear el desarrollo de una política específica, de desarrollo científico y tecnológico. (Gutiérrez, J, Manrique, R, 2015, pág. 49)

2.2.4 Política Integral de Atención en Salud y mejora de los planes de Salud Pública

La crisis del modelo de la Ley 100 se demuestra también con los indicadores de salud, los resultados de la investigación en distintas áreas de la salud pública, y la evidencia que proporcionan los mismos institutos del gobierno encargados de la vigilancia epidemiológica en el país. Según el Observatorio Nacional de Salud “Durante el periodo 1998-2011” el 53% de las muertes reportadas “... correspondieron a causas clasificadas como evitables”. “La muerte evitable se define como aquella muerte que dado los conocimientos médicos actuales y la tecnología, podría evitarse por el sistema de salud a través de prevención y/o tratamiento”. El que una de cada dos muertes se hubiera podido evitar es evidencia contundente del fracaso del actual sistema de aseguramiento en salud, realidad sobre la cual el gobierno nacional evade dar explicaciones. (Useche, 2017)

La Ley Estatutaria hizo un giro esencial cuando situó el derecho a la salud en el ámbito del Sistema de Salud y no del Sistema de Seguridad Social en Salud y reconoció además su carácter de derecho social fundamental. Adopta así mismo, un enfoque colectivo de la salud presente tanto en las acciones de promoción y prevención para todas las personas (art. 2°), como en las obligaciones del Estado (art. 5°). Destaca en cabeza de este, la formulación y adopción de

“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” (art. 5º, lit. c). Los principios (art. 6º) resaltan además la universalidad y equidad del derecho, así como de una política destinada a reducir las desigualdades de los “determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida” (art. 9º, art. 20). (Política de atención integral en salud, 2016)

El gobierno colombiano a través de la resolución 429 de 2016 (1), promulgó la política de Atención Integral en Salud, que pretende generar mejores condiciones de salud para la población a través de la regulación de la intervención sectorial e intersectorial, sustentado en lo dispuesto por un gran volumen de normatividad previa que comprende desde la ley 100 de 1993 y sus posteriores modificaciones incluyendo la ley 1438 de 2011 (2) que pretendía fortalecer y la Atención Primaria en Salud, el Plan decenal de Salud Pública, hasta la de más reciente expedición, la Ley estatutaria 1751, que luego de una gran controversia, consagró por fin la salud como un derecho fundamental. No obstante todos estos desarrollos en materia legislativa, no han podido resolver los graves problemas por los que atraviesa el sector y que han sido reconocidos por el propio gobierno: fragmentación y desintegración de la atención; baja resolutividad; alta carga de enfermedad; fallos del mercado; incentivos negativos entre los agentes y falla regulatoria, lo que ha conllevado a aumentar la inequidad; corrupción; maltrato al usuario; desorden administrativo; modelo de prestación de servicios de salud morbicéntrico y centrado en los actores; deshumanizado; descontextualizado y sin prevalencia de derechos. (Moreno, 2016)

Surge entonces la Política de Atención integral en Salud y el MIAS como la alternativa para la solución de los problemas y para ello retoma estrategias como la Atención Primaria en Salud con enfoque familiar y comunitario, el cuidado y gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial, con lo cual se pretende lograr la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública a través de procesos de gestión social y política intersectorial en contexto. Pretende el MIAS garantizar una atención en salud con equidad, centrada en las personas, con estándares de oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad, por medio de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales dirigidos a coordinar las acciones e intervenciones. El modelo incluye diez componentes: Se parte de la caracterización de la población, según curso de vida y grupos de riesgo; se definen rutas integrales de atención en salud en promoción y mantenimiento de la salud, grupos de riesgo y eventos específicos de atención; se propone la gestión integral del riesgo en salud, identificando los grupos de riesgo, seguimiento de cohortes, diseñando modelos predictivos, evaluando la efectividad de los servicios y garantizando la interoperabilidad de los sistemas de información; se plantea una delimitación territorial que comprende lo urbano, la alta ruralidad y la población dispersa; las redes integradas de prestadores de servicios de salud con su componente primario y complementario; la definición del rol del asegurador hacia la gestión del riesgo financiero, interacción con otros actores y la gestión de las redes de prestación de servicios; el modelo propone una redefinición del esquema de incentivos, para favorecer la integralidad en la atención y los resultados en salud; un sistema de información centrado en el ciudadano, la familia y la comunidad; el componente de recurso humano propone la formación y armonización para el desarrollo del modelo y mejoramiento de las condiciones laborales. El último componente se

dirige al fortalecimiento de la investigación, innovación, y apropiación del conocimiento específicamente en los temas relacionados con rectoría del sistema, sostenibilidad financiera, gestión de recursos, sistemas de información, políticas públicas, acceso uso y calidad del servicio y en Salud Pública. La norma establece un año para el desarrollo de los instrumentos y tres años para implementar el modelo. (Moreno, 2016)

A partir de los objetivos divergentes de los agentes, se requiere que la regulación provea normas que conduzcan a objetivos comunes, centrados en la producción efectiva de salud como el objetivo central de todo el Sistema de Salud y la seguridad social, para así superar el reto de una historia que muestra fragmentación desde la propia regulación. La dualidad población (individuo) y salud (enfermedad) debe ser el núcleo y objetivo final de cualquier política derivada del Sistema de Salud. Esto también implica una jerarquía en la que la comunidad está primero que el individuo y los objetivos para lograr salud se superponen sobre la atención de la enfermedad, considerada de manera aislada. Los objetivos de los individuos deben primar sobre los de los agentes y el Estado debe regular desde una norma básica de equidad que plantea la Ley Estatutaria. (Política de atención integral en salud, 2016)

La respuesta del Sistema parte del reconocimiento comprensivo de normas y reglamentos que definen la integralidad a partir de ámbitos territoriales y poblaciones en las que se integre la intervención desde los determinantes de la salud, la promoción, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico y tratamiento oportunos, la rehabilitación y paliación de la enfermedad. (Política de atención integral en salud, 2016)

Por esa razón, debe existir una política regulada e integral de atención que se adapte a las condiciones de los territorios y las poblaciones y que sea obligatorio para todos los agentes del Sistema bajo las condiciones de gestión y adaptación continua a los cambios en los

determinantes y las variables de salud, a los resultados en salud y de la evaluación sobre el impacto de las intervenciones ejecutadas y sus desenlaces en el estado de salud de la población.

(Política de atención integral en salud, 2016)

La atención primaria requiere también de la más amplia participación comunitaria en el diseño e implementación de los programas de salud de tal manera que la elaboración de estrategias y programas de carácter nacional y local respeten y se nutran de los recursos y la cultura de los distintos grupos poblacionales y que las campañas masivas de prevención y promoción de la salud correspondan a las necesidades y armonicen con el sentir de los habitantes a quienes va dirigido. (Useche, 2017)

Los mayores ajustes sugeridos son: c) la integración regional de los hospitales públicos en una autoridad capaz de coordinar la oferta pública; d) la integración de los recursos de salud pública y atención privada; f) el establecimiento de instrumentos de regulación de la oferta de infraestructura y servicios y g) la necesidad de impulsar estudios de evaluación de impactos en la salud. El sistema descrito necesita tiempo para implementarse, especialmente para superar la previsible resistencia política —sobre todo de las autoridades locales— y establecer la infraestructura institucional y física requerida. Preferiblemente, por supuesto, la transición debe basarse en el consenso social y político. (Chernichovsky, 2015)

La modalidad predominante en países como Estados Unidos de estos programas de manejo de la enfermedad es aquella en que se asocian con componentes de atención primaria y se implementan a través de redes en las que se integran el asegurador y el prestador de servicios. En suma, las rutas de atención propuestas por el gobierno tanto para la prevención o la promoción de la salud como para el manejo de enfermedades transmisibles y crónicas son un mecanismo empleado por las aseguradoras para “...la resolución del riesgo financiero a partir de la

intervención del riesgo en salud de acuerdo con procesos regulados...” En este sentido, las rutas que deben ser adoptadas, adaptadas e implementadas por las EPS facilitan la estandarización de las fases de tratamiento, los procedimientos y las intervenciones individuales, colectivas y poblacionales. Todo lo cual facilita a las EPS implementar estrategias de negocio de acuerdo con sus intereses de lucro y justificar la solicitud de aumentos en el monto anual de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). (Useche, 2017)

En los sistemas de aseguramiento, un plan de beneficios claramente delimitado y restringido es fundamental. De una parte, permite calcular el riesgo financiero y maximizar las ganancias que obtienen las EPS por la intermediación entre la financiación y la prestación de servicios; de otra parte, las exclusiones al plan crean distintos segmentos de mercado para las aseguradoras pues aunque la cobertura del aseguramiento es universal, la cobertura de la atención no lo es y el sistema de aseguramiento está diseñado para pagar los servicios que no se incluyan en el plan con gasto del bolsillo del paciente. (Useche, 2017)

La nueva Política de Atención Integral en Salud – PAIS reorganiza el mercado de los seguros de salud en el país y refuerza el papel dominante de las compañías aseguradoras o EPS en el sistema. Todos y cada uno de los componentes del Modelo Integrado de Atención en Salud (MIAS) se organizan en torno a la optimización de la gestión del riesgo financiero con el objetivo de maximizar las ganancias en el negocio con la salud de los colombianos y acelerar el proceso de inversión extranjera en el sector, la monopolización de las aseguradoras y de integración vertical con instituciones prestadoras de servicios. (Useche, 2017)

Los sistemas de salud modernos deben propender por: (a) incrementar la eficiencia vía la formulación coherente de políticas públicas, y una clara división institucional entre definición e implementación de política; (b) aumentar la coordinación del cuidado de la salud de los niveles

público, poblacional y privado; (c) mantener disciplina fiscal, o contención de costos y sostenibilidad financiera, y (d) estimular la competencia y la rendición de cuentas por parte de las instituciones ante los ciudadanos. (Chernichovsky, Prada, 2015, pág. 2)

La noción de salud mental que subyace a cada política nacional hace énfasis en la promoción de la salud, con la misma importancia de la prevención, sobre una concepción del bienestar que resalta el papel activo de los sujetos y poblaciones, las capacidades y libertades disponibles. Sin embargo, los recursos, estrategias, acciones y metas están orientados sobre la base de un modelo biomédico que prioriza el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales. Además, la noción habitualmente es importada de los planteamientos oficiales de la OMS. (Henao et al, 2016)

En la actualidad existen múltiples barreras que confinan el derecho a la salud a una ilusión o una letra muerta y para que esta realidad cambie se requiere la participación activa de cada uno de los actores del sistema incluyendo a los usuarios mediante el autocuidado y el cuidado de la salud colectiva. (Ramírez et al, 2016, pàg 27).

Para que el derecho fundamental a la salud sea una realidad la sociedad colombiana deberá entender la salud de una manera distinta, dentro de un marco de referencia integral, que involucre los determinantes sociales de la salud y que vire el sistema asistencial hacia un sistema que permita promocionar la salud y prevenir la enfermedad. (Ramírez et al, 2016, pàg 27).

2.2.5 Eventos adversos y errores por parte del recurso humano en salud

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. La medicina colombiana ha alcanzado niveles importantes de desarrollo, obteniendo amplio

reconocimiento por parte de nuestros ciudadanos e incluso a nivel internacional; prueba de ello son los niveles alcanzados en los programas de trasplantes de órganos y tejidos, en manejo del paciente neonatal en programas de madre canguro o en los temas relacionados con la investigación científica, entre muchos otros. (Mojica, 2014)

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se estima que alrededor de uno de cada 10 pacientes que reciben atención en salud en el mundo les ocurre al menos un evento adverso. Un evento adverso se define como “lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, las cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia y al incremento de los costos de la no-calidad”. (Faisury et al, 2012)

La ocurrencia de un evento adverso resulta en situaciones que ponen en peligro la vida del paciente, que empeoran su condición de salud, que generó sobre costo para las instituciones tratantes y que para el profesional inmiscuido genera sobrecarga laboral y afectiva. (Faisury et al, 2012). El Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el reporte “Errar es humano”, debido a la alta prevalencia de eventos adversos que aún se reporta en la literatura mundial, la seguridad del paciente sigue siendo en la actualidad una prioridad global. Este reporte escandalizó al mundo de la salud al calcular que, solo en los Estados Unidos de América, alrededor de 100.000 pacientes morían cada año, no como producto de sus enfermedades, sino como producto de errores en la atención médica. (Minsalud, 2008)

En el peor de los casos, un error por parte del hospital provoca la muerte de un paciente, lo cual causa pena y tensión económica en la familia del difunto. Se puede entablar una demanda por homicidio culposo para reclamar una indemnización de daños por los salarios perdidos y el dolor

y sufrimiento ocasionados. (Rodríguez, 2014)

Bajo este contexto, es importante anotar que el acto médico se define como toda clase de tratamiento, intervención o examen con fines diagnósticos, profilácticos, terapéuticos o de rehabilitación llevados a cabo por un médico o bajo su responsabilidad. Es importante al mismo tiempo destacar que las principales características que distinguen al acto médico con la profesionalidad, la ejecución típica, el tener por objetivo la curación o rehabilitación del enfermo y la licitud. La responsabilidad entonces, encuentra su fundamento legal en la necesidad jurídica y social de que todo profesional de la salud responda ante las autoridades sociales de los daños y perjuicios ocasionados por las faltas voluntarias o involuntarias, pero previsibles o evitables cometidas en el ejercicio de su profesión. (Rodríguez, 2014)

Se considera a la mala práctica médica como: “Responsabilidad profesional derivada del ejercicio inadecuado de la práctica médica, por incompetencia, impericia o negligencia”.

(Fajardo-Dolci et al, 2012). La mala práctica médica ocurre por dos circunstancias particulares:

Por omisión: cuando se omitió llevar a cabo el acto médico requerido, siendo este necesario. Por comisión: cuando se realizó un acto médico diferente al que se requería. Cuando la mala práctica ha ocasionado daño para el paciente, daño que según su magnitud puede calificarse en diversos grados como: ausencia de daño, daño temporal, daño permanente o daño que causó la muerte del paciente. Entre mayor sea el daño para el paciente, mayor será la responsabilidad profesional.

(Fajardo-Dolci et al, 2012)

Dentro de las causas de una mala práctica están: la imprudencia, la negligencia, la ignorancia y la impericia. La primera entendida como la ausencia de moderación o el descuido en la atención o en la previsión de consecuencias. La segunda, equivale al descuido y la omisión, la tercera figura corresponde a la inexperiencia de la técnica. La impericia es considerada la falta de habilidad,

experiencia o práctica de una ciencia. La jurisprudencia ha evolucionado hacia una posición cada vez más amplia respecto a la responsabilidad del profesional de la salud considerando que se genera responsabilidad no sólo por la falta notoria de pericia, grave negligencia o imprudencia, ignorancia inexcusable o graves errores de diagnóstico y tratamiento sino que culpa por omisión cuando no media un control adecuado del paciente, la asistencia no cumplió a cabalidad con los cuidados razonables exigibles basado en que debe prevalecer la idea de proteger al paciente, quien deposita toda su confianza en el profesional de la salud. (Rodríguez, 2014)

Entre las causas más frecuentes denunciadas por mala praxis en algunos países se encuentran el olvido de instrumentos o gases quirúrgicas en pacientes intervenidos, muertes por suministros de nitrógeno en vez de oxígeno, amputación de miembros equivocados, confusión de expedientes, muerte por afectación de conducto biliar, parálisis cerebral severa e irreversible en casos de menores por aplicación de anestesia, manejo inadecuado de pacientes y sobreirradiación. Sin embargo, la mala práctica nos refiere al efecto, a la consecuencia de un problema de calidad profesional, de entrenamiento para desarrollar pericia y de actualización de técnicas y conocimientos y es hacia el área del entrenamiento permanente y la actualización de técnicas, hacia donde deben dirigirse los esfuerzos del sector de la salud. (Rodríguez, 2014)

En clínica la mala práctica se refiere a los errores injustificados de la atención por parte de los profesionales de la salud que pudieron ser prevenidos o evitados, imputables a desviaciones de la conducta idónea. Por lo general son consecuencias de descuido o falta de pericia en la consecución de acciones para resolver un problema, y en ellos es posible advertir una acción diferente o incluso, alejada u opuesta de los estándares de calidad y los procedimientos técnicos que deberían hacerse. (Rodríguez, 2014)

La negligencia cometida por médicos, enfermeras y profesionales de atención en salud en los hospitales puede tener como consecuencia lesiones en el paciente o incluso su muerte. Las lesiones causadas por errores en hospitales pueden generar futuros problemas de salud, nuevos gastos hospitalarios y trastornos emocionales (Rodríguez, 2014).

Por ello, es común en las organizaciones reguladoras estatales, tanto a nivel nacional como internacional, la percepción de que es necesario implementar prácticas seguras, dentro de un contexto de una política de seguridad y un programa de seguridad del paciente, que lleven a reducir en el máximo posible el creciente número de eventos adversos que se presentan en la atención en salud de un paciente. (Minsalud, 2008)

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en él. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también, pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias. (Mojica, 2014). La formación del personal de salud es una herramienta básica y es el primer paso para cambiar la cultura de la seguridad del paciente, contribuyendo a la mejora de conocimientos y actitudes con el fin de promover una práctica y atención segura. (Mojica, 2014)

Las dimensiones sugeridas en el instrumento, permite identificar oportunidades de mejora en la atención del paciente, y así mismo la retroalimentación de los errores en la atención y de sus respectivas alternativas de solución y de prevenir futuros eventos adversos en la atención y

cuidado del paciente y permite crear una relación de confianza, compromiso y responsabilidad entre el personal de salud, paciente, familia e institución. (Mojica, 2014)

El hospital también debe tener una capacitación continua, orientada a contribuir en la cimentación e interiorización de los logros obtenidos verificando que los colaboradores fueron entrenados para ejecutar el nuevo proceso o procedimiento operacional estándar, y de esta manera permitir un fortalecimiento del trabajo en equipo en función de la innovación para la mejora, por último se verificará la estandarización de los procesos donde la institución demuestre que se ajustó el proceso o los procedimientos operacionales con actividades incluidas y que efectivamente cambiaron los estándares ya existentes. (Faisury et al, 2012)

La sobrecarga laboral del personal de salud es un importante factor de riesgo en la presentación de eventos adversos el cual es descrito como horas o turnos realizados además de la escasa asignación profesional/ paciente. Las úlceras de presión, las caídas y los eventos medicamentosos están dentro de los más frecuentes eventos adversos en diversas áreas hospitalarias. (Rodríguez, 2014)

Una de las condiciones de trabajo más estudiadas, en cuanto a su asociación con la ocurrencia del evento adverso es la presión de tiempo, abordada generalmente como cantidad de pacientes atendidos por unidad de tiempo. Los estudios dedicados a este tema han evaluado condiciones de trabajo principalmente en enfermeras, mostrando, en su mayoría, un aumento del riesgo de eventos adversos o errores, asociado a la presión de tiempo reportado por un grupo de estudios, solamente en enfermeras con alto nivel informa no haber encontrado asociación significativa a evento adverso relacionado con la presión de tiempo. (Rodríguez, 2014)

2.2.6 Contacto de la ciudadanía con los entes de control y participación ciudadana

Hay un evidente desconocimiento de las personas sobre cómo funciona el sistema de salud. El mayor conocimiento se concentra en los líderes, quienes son receptores de información, pero hace falta que esta llegue al resto de la comunidad. Igualmente, no se logra evidenciar un conocimiento claro de deberes y derechos en salud. Sin duda, hay una apropiación sobre los derechos, aunque no completa, pero frente a los deberes no se encuentra mucha claridad ni conciencia. (Restrepo et al, 2014)

Se hace necesario implementar un proceso educativo que favorezca la habilitación de la población para que sea sujeto y no objeto del sistema de salud, y para que logre desarrollar conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que le permitan conocer, comprender y apropiarse del sistema, logrando además ser ciudadanos corresponsables en el cuidado de su salud, y partícipes activos, vigilantes, dinamizadores y eficientes. (Restrepo et al, 2014)

La participación en salud incluye diferentes definiciones, entre las más conocidas se encuentran: la participación social, que hace referencia al derecho en la toma de decisiones acerca de la salud, la política y la planificación; la participación de la ciudadanía, entendida como una fiscalización por parte de la comunidad de la calidad, efectividad y oportunidad del servicio y el uso eficiente de los recursos, apoyando los derechos de los pacientes; y la participación comunitaria, entendida comúnmente como actividades de promoción de la salud llevadas a cabo por la comunidad, así como la participación en la evaluación de sus necesidades y estrategias de organización para satisfacerlas. (Pineda, 2014)

La participación social se define como el derecho a una significativa participación en la toma de decisiones acerca de la salud, la política y la planificación, la atención y el tratamiento. Se entiende como un proceso mediante el cual los miembros de una comunidad se comprometen

individual o colectivamente a desarrollar la capacidad de asumir su responsabilidad por sus problemas de salud y actuar para buscar soluciones. (Pineda, 2014)

El término “participación comunitaria” se entiende comúnmente como la participación colectiva de la población local en la evaluación de sus necesidades y estrategias de organización para satisfacer esas necesidades. En esta perspectiva, la participación comunitaria es un proceso dinámico en el que las personas, a través del aprendizaje, ganan el acceso y control sobre los recursos de atención de salud. (Pineda, 2014)

Dentro de los mecanismos de participación ciudadana pertinentes al sector salud se encuentran la alianza o asociaciones de usuarios que consiste en la agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado del SGSSS, que tiene derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario, la Asociación de Usuarios la conforma un número plural de usuarios de los servicios de la respectiva EPS o entidad de salud y éstas deben garantizar el ingreso permanente de los diferentes afiliados.

Estas asociaciones de usuarios tienen como funciones asesorar en la libre elección de la EPS-IPS, orientar sobre los servicios prestados, participar en las juntas directivas de las EPS-IPS, mantener canales de comunicación con afiliados, vigilar por el cumplimiento de las decisiones tomadas en las Juntas Directivas, ejercer veeduría en la EPS – IPS y oficinas de atención al usuario, proponer medidas que mejoren la calidad técnica y humana, atender las quejas de los usuarios e informar sobre la calidad del servicio.

Además, también existe el comité de ética hospitalaria conformado en las IPS, públicas, mixtas o privadas, los cuales estarán integrados por dos representantes de la Asociación o Alianza de Usuarios de la IPS y dos delegados del Copaco del territorio. Dentro de sus funciones se

encuentra proponer medidas que mejoren la calidad de los servicios, elegir representante ante los comités de ética profesional del sector salud, atender veedurías sobre calidad, oportunidad y divulgar derechos y deberes.

Otro de los componentes de participación son los Comités de Participación Comunitaria en salud (COPACOS) que es el espacio de concertación y participación social en torno a la problemática de salud liderado por la autoridad municipal. Dentro de sus funciones se encuentra intervenir en la planeación para la asignación de recursos, vigilancia y control del gasto, presentar planes, programas y prioridades en salud a la Junta Directiva del organismo o entidad de salud, Participar en los programas de atención preventiva, familiar, extra hospitalaria y de control, Presentar proyectos en salud ante la respectiva entidad territorial, Participar en el proceso de diagnóstico, programación, control y evaluación.

Las veedurías en salud son el último de los componentes de la participación ciudadana y es el ejercicio de control social en salud, el cual podrá vigilar la gestión pública, la prestación de los servicios de salud y la gestión financiera de las entidades e instituciones del SGSSS, además el control social en salud podrá ser realizado a través de la veeduría en salud, que deberá ser ejercida a nivel ciudadano, institucional y comunitario, a fin de vigilar la gestión pública, los resultados de la misma, la prestación de los servicios y la gestión financiera de las entidades e instituciones que hacen parte del SGSSS.

Entre los factores que facilitan la participación y que dependen de la comunidad se encuentran: el acceso de las personas a la información sobre participación, la motivación para buscar información sobre salud, el empoderamiento o la capacidad en la toma de decisiones sobre la salud, la capacidad de asociación de la población, el compromiso, la participación espontánea, el sentirse representados, entre otros. (Pineda, 2014)

El participante de la comunidad socialmente comprometido está orientado a la búsqueda de información para cumplir con su papel como ciudadano, y el individuo que está motivado por la salud tiene un papel activo en su comunidad. Cuando las comunidades están bien informadas sobre temas de salud, su participación en un sistema puede servir para mantener el servicio. (Pineda, 2014). Siendo este un aspecto de suma importancia, pues se fundamenta en que una comunidad con un conocimiento preciso en seguridad social está mejor informada y preparada contra las barreras administrativas que le impongan sus EPS.

La participación puede conducir a la mejoría de la propia salud a través de un proceso de educación y promoción de hábitos de salud responsables relacionándola positivamente con la orientación de la prevención, las creencias de salud y las actividades saludables, proporcionando un enlace directo con los comportamientos de salud positivos. Un individuo que practica conductas saludables y que participa en su comunidad es probable que desencadene un comportamiento similar entre los demás miembros de la comunidad. (Pineda, 2014)

La participación de la comunidad está vinculada con la orientación de prevención, las creencias de salud y conductas saludables. Las personas que participaron estuvieron más propensas a tomar control de su salud y a tener conductas que se la mejoraran. Por otro lado, un estudio realizado con el propósito de comprender los temas relacionados con la participación en las intervenciones que promueven la salud concluyó que la participación depende de las orientaciones para el autocuidado, la curiosidad general sobre la salud y las influencias interpersonales en los comportamientos de búsqueda de salud. (Pineda, 2014)

Son múltiples los beneficios asociados con la participación en salud: el control en la planificación, priorización de necesidades, así como toma de decisiones más acertadas, que pueden al mismo tiempo originar cambios de comportamiento en las poblaciones, incremento en la calidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios, generando impactos importantes en los resultados y gasto en salud. (Pineda, 2014)

2.2.7 Optimización de los sistemas de inspección, vigilancia y control en salud

Para mejorar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (SGSSS) el gobierno nacional debe centrar su atención a los requerimientos propios de las condiciones tanto demográficas como geográficas del país. Cada nación cuenta con diferentes soluciones a las necesidades básicas en salud y estas no pueden ser un modelo estándar que se pueda adoptar e implementar en todos los países. Ni siquiera las soluciones implementadas por los países vecinos más cercanos se pueden servir de modelo para basar nuestro sistema de salud. (Tarazona, 2013, pág. 19)

Según el artículo 49 de la Constitución Política, la propia Ley 100 de 1993, las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, por las cuales se ha reformado el sgsss; y la actual Ley 1751 de 2015 son coincidentes en determinar que el Derecho Fundamental a la Salud y los servicios derivados del mismo, en su dimensión o faceta prestacional como servicios públicos esenciales, deben ser desarrollados con eficiencia, oportunidad, accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, integralidad, universalidad, calidad y lógicamente con calidez, entre otros principios rectores que buscan el acceso real y material de todas las personas con equidad y progresividad al goce de tal derecho. En ese contexto la Inspección, Vigilancia y Control (IVC) del derecho a la salud y del propio SGSSS se constituyen en elementos básicos de fortalecimiento de los elementos esenciales que materializan la prestación oportuna y con calidad de los servicios de salud.

(Gañan, 2017, pág. 125)

En este punto histórico, jurídico, social y político del derecho a la salud es que la Inspección, Vigilancia y Control (IVC) debe, igualmente, evolucionar hacia nuevas concepciones, características y formas de materializarse. Tradicionalmente se ha entendido el tema de la IVC como un concepto ligado en esencia a los servicios públicos, en especial aquellos considerados como de tipo esencial. Por ello, la IVC de la salud en Colombia ha estado ligada al seguimiento y supervisión de los servicios de salud procurados por los diferentes actores del sgsss y así lo han contemplado la Ley 100 de 1993 y, en concreto, las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011. No obstante, podríamos afirmar que en la actualidad la IVC trasciende el concepto cerrado del sgsss y debe transmutar, igual que el concepto de salud y de derecho a la salud, hacia consideraciones más amplias. En particular, a la concepción de la IVC del acceso efectivo, del cumplimiento y del goce real del Derecho Fundamental a la Salud, y lógicamente también, a la IVC de su dimensión como servicio público esencial. (Gañan, 2017, pág. 127)

Desde la dimensión prestacional del derecho a la salud como un servicio público esencial, entonces, la IVC también debe procurar porque la prestación del mismo, ya sea por particulares o por agentes públicos o mixtos, cumpla con los principios jurídicos propios de los mismos, con los caracteres jurídicos que los informan y con los elementos esenciales de los servicios públicos de salud. Además de los principios de beneficencia, de no maleficencia, de benevolencia, de veracidad, de confidencialidad de la información que deben cumplir los profesionales de la salud (Gañan, 2017, pág. 128). Como se había indicado en fases anteriores de la monografía, el estado colombiano debe responder por la prestación del servicio de salud por medio de las EPS que a su vez contratan con IPS que tienen como finalidad atender de manera directa a los usuarios afiliados al sistema general de seguridad social en salud y velar por el cumplimiento de sus

requerimientos de sanidad. Según la Ley 1122 de 2007, los ejes del sistema de IVC de la Superintendencia Nacional de Salud para ejercer sus funciones serán: financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud pública, atención al usuario y participación social, eje de acciones y medidas especiales, información y focalización de los subsidios en salud. (Gañan, 2017, pág. 130)

De igual forma, según el artículo 35 de la Ley 1122 de 2007, se adoptan las siguientes definiciones para la IVC:

- Inspección: La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia... Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas. (Gañan, 2017, pág. 130)

- Vigilancia: La vigilancia, consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender por que las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de este. (Gañan, 2017, pág. 131)

- Control: El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión. (Gañan, 2017, pág. 131)

De un breve análisis se colige que el universo de actores vigilados por la Supersalud es de una gran magnitud. Se estima que pueden ser más de 12 000 los sujetos que se deben vigilar en todo el territorio nacional. Si a ello se le agrega que la planta de personal de la entidad no supera las 700 personas y que la entidad aún se encuentra concentrada en la capital, entonces sería muy entendible que no fuera posible una IVC georreferenciada, oportuna, completa y eficaz, pese a los grandes esfuerzos que se perciben por parte de la dirección de tal Entidad, encaminados a mejorar sus procesos y acercarse a la comunidad (Gañan, 2017, pág. 132). Para esto la Superintendencia de Salud debe realizar esfuerzos económicos para descentralizarse más y sacarle un mayor provecho a las oficinas regionales que posee en algunas ciudades capitales fuera de Bogotá, asimismo se debe delegar capacidad de gestión para los casos que radiquen los funcionarios personalizados que se encuentran en otras localizaciones geográficas con los demás convenios (casas y rutas del consumidor, secretarías de salud y unidades de víctimas).

En este marco conceptual, el sistema de IVC creado por la Ley 1122 de 2007 debe mutar hacia un sistema articulado bajo los parámetros de la Ley 1751 de 2015. Para tal efecto, un sistema integrado de IVC estaría inmerso en el esquema y aplicación práctica del Ciclo phva que implica: planear, desde políticas públicas para la salud, objetivos, metas y acciones a largo y mediano plazo de logros de salud con indicadores claros y concretos; ejecutar y desarrollar estrategias confiables de medición de las metas trazadas, verificar las acciones, los logros, los

indicadores y resultados obtenidos; actuar sobre los resultados y la verificación realizada con medidas de control eficaces y mecanismos de corrección oportunos y pertinentes, para luego replantear la planeación y ajustarla a nuevas metas y logros. Este ciclo podría estar basado en el actual enfoque de la Supersalud que fortalece la supervisión por cumplimiento mediante la implementación de la supervisión basada en riesgos. (Gañan, 2017, pág. 137)

A lo anterior se deben aunar políticas claras de autogobierno y gobierno transparente de todas las entidades; la concientización y capacitación permanente en derechos y deberes en salud, y por supuesto —en el caso de ser necesarias— sanciones ejemplificantes y efectivas. También sería importante que las entidades que ejercen la IVC fueran realmente independientes de sus vigilados y que sus funciones no se mezclaran entre sí. (Gañan, 2017, pág. 138)

Quizás sea necesario optar por un modelo con mayor legitimación, con regulación y modulación fuerte desde el Estado, organismos de control articulados y descentralizados con gran capacidad logística, administrativa, funcional, financiera, con autonomía y con efectivas facultades sancionatorias; con real participación de las personas y de las entidades organizadas en pro de la IVC del Derecho Fundamental a la Salud y de un novísimo Sistema de Salud que podría estructurarse con participación de los agentes privados, públicos, solidarios o mixtos, en la prestación de los servicios de salud, pero sin la intermediación de agentes privados; o rediseñar las fuentes de financiamiento de la salud y de las formas de flujo de los dineros, entre otras posibles modificaciones. Tal vez, en este nuevo escenario, la IVC pueda ser más oportuna y eficiente en bien de la comunidad, de la dignidad humana y, por supuesto, del bienestar y calidad de vida de todas las personas residentes en Colombia. (Gañan, 2017, pág. 138)

Si partimos de concebir la salud como un derecho seriamente fundamental y de la necesidad de un real sistema de IVC que procure una salud con calidad, con equidad e igualdad material para toda la población, entonces se debe propender por un nuevo modelo de salud y lógicamente por un sistema de IVC cercano a las personas, al territorio, con articulación de sus actores, con posibilidades reales de control y herramientas eficaces de gestión. (Gañan, 2017, pág. 139)

No se debe dejar de lado el tema del fortalecimiento de la vigilancia, control y regulación de los actores, en búsqueda de la transparencia, el adecuado flujo de información dentro del sistema y una importante participación ciudadana. Con este fortalecimiento se le cierran las puertas a todas las oportunidades para la corrupción. Siendo así, este se consolidaría como un sistema auto sostenible, más justo y digno para todos los colombianos. (Tarazona, 2013, pág. 21).

Sin embargo, a pesar de que la aplicación de los derechos fundamentales de manera directa implica una eficacia independiente de cualquier otra norma, muchas veces las normas establecidas para el funcionamiento armonioso del Estado, se ven en dificultad de proteger los derechos garantizados en la carta magna, viéndose algunos derechos vulnerados debido al mal funcionamiento del aparato estatal. (Jiménez et al, 2016, pág 88).

Estas evidencias contrastan con la casi inexistencia de sanciones efectivas a las entidades que violan en forma tan persistente el derecho fundamental de los colombianos a la salud y nos llevan a preguntarnos por el papel que desempeñan las entidades del Estado en la defensa de los intereses públicos. (Editorial Rev. Gerenc. Polit. Salud, 2015, pág.7).

2.2.8 Omisión de las EPS a la hora de cumplir con un fallo y/o desacato de tutela, barreras administrativas de la atención en salud

La acción de tutela en materia de salud se ha convertido en una verdadera “revolución pacífica” en nuestro país. Pero como toda revolución, ha sido necesario un tiempo prudente para asimilar el cambio en materia de protección de derechos, además de que ni el gobierno ni la sociedad estaban preparados para afrontar el nuevo Estado social de derecho que proclamó la Constitución de 1991. (Molina, 2013)

El gobierno se ha personalizado del problema, creando un Sistema General de Seguridad Integral en Salud, el cual, así tenga algunas fallas de concepción y no funcione por el momento, es un gran paso en el desarrollo social de nuestra nación. Sin embargo, la nueva reforma quiere controlar de cierta forma la excesiva justiciabilidad del derecho a la salud, lo que limitaría en cierta forma su grado de protección. (Molina, 2013)

Dicha protección ha hecho entrar en juego dos elementos descartados por el juez constitucional colombiano: la sustentabilidad financiera y las reglas actuales del mercado. Este desconocimiento, además, ha generado un impacto considerable, no solamente en el sistema judicial, el cual se encuentra colapsado por el excesivo proteccionismo, sino también por el problema económico que le ha generado al gobierno el tener que afrontar un cubrimiento de servicios sociales no previstos en el presupuesto anual. (Molina, 2013)

Esto conlleva a un problema de funcionalidad estatal, en donde la justicia constitucional parece no ponerse de acuerdo con el gobierno al momento de garantizar los derechos de las personas. Da la impresión de que la justicia constitucional, al momento de proteger el derecho a la salud, no tiene en cuenta el contexto en el que se aplica el texto constitucional: un sistema imperfecto, débil y subdesarrollado; pero tampoco la disponibilidad de recursos al momento de

garantizar la protección de los derechos sociales ni la preparación, ocupación y congestión de los jueces al momento de tratar volúmenes insospechados de tutelas. Por consecuencia, de nada vale garantizar formalmente la exigibilidad de dichos derechos si el Estado no cuenta con las condiciones económicas para cumplir las decisiones judiciales. (Molina, 2013)

Sin embargo, sigue sin atacarse de fondo el problema actual, que más del 65% de las tutelas interpuestas anualmente se refieren al Sistema de Seguridad Social, de las cuales, 70% aproximadamente tienen que ver con salud y de ellas un gran número es sobre derechos que ya tienen reconocidos los usuarios. Las estadísticas más recientes tienen establecido que en el país se interponen más de 3.000 tutelas cada mes, es decir unas 172 tutelas diarias, lo que se convierte en 22 tutelas por hora; es decir 2,7 tutelas por minuto en materia de salud (4 o 5 en todas las áreas). Las tutelas en salud se conceden en un 60%, que en buen número afectan al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) del Ministerio de Protección Social. De estas, cerca de un 30% se interponen para reclamar servicios de salud cubiertos por el pos, 60% por fuera del pos. En el 80% de los casos los jueces les dan la razón a los ciudadanos, y de ese porcentaje el 70% es confirmado por la Corte Constitucional. (Molina, 2013)

No obstante, el desarrollo importante que ha tenido la protección del derecho a la salud en el mundo y en Colombia en los últimos cincuenta años, y a pesar de todos estos esfuerzos estructurales y avances jurisprudenciales, el Estado no ha podido consolidar las instituciones que, a través de su papel regulador, de dirección y ejecución, garanticen la calidad en los servicios de salud. (Molina, 2013)

El Estado deberá asumir la redefinición y redirección del sistema, para que los actores de los mismos apunten al cumplimiento de políticas públicas de salud en el marco de la promoción y prevención y no solo en el manejo de la morbilidad, teniendo en cuenta la importancia social y

económica que reviste una sociedad. El actual sistema requiere una revisión profunda para seguir evitando el desmonte de un sistema que ha mostrado un cierto progreso. (Molina, 2013)

En síntesis, el sistema de salud hay que revisarlo a profundidad y la protección judicial regularla, pero sin renunciar a los grandes avances que se han llegado. De todas formas, si no hay un acuerdo entre los poderes del Estado, la crisis sería inminente y quien pagaría finalmente las consecuencias es la población más vulnerable. (Molina, 2013)

Respecto a las barreras que se evidencian en la prestación del servicio de salud se presentan diferencias en la calidad de los servicios, en la continuidad hacia servicios más complejos y, en general, en el goce del derecho a la salud. El mayor número de barreras encontradas en el trabajo cualitativo corresponden al acceso real, sin restar importancia a barreras del acceso potencial como la situación económica de los usuarios, las distancias geográficas y las características del contexto y de la población. Se destacan las barreras al acceso real por trabas administrativas, falta de infraestructura, falta de recursos profesionales y demora en las autorizaciones. Todo esto impacta la garantía del acceso a los servicios de salud como lo esperan las personas: oportuno, equitativo, de calidad y sin obstáculos. (Restrepo et al, 2014)

En la primera, se destacan las dificultades para comunicarse de los usuarios y solicitar citas generalmente por vía telefónica. No se evidencian grandes barreras para las citas odontológicas, ni para acceder a los medicamentos y a exámenes de laboratorio que hacen parte del plan de beneficios. Las barreras se presentan en la continuidad, cuando los procedimientos, los exámenes diagnósticos y los medicamentos están por fuera del plan de beneficios o se requieren citas con especialistas. (Restrepo et al, 2014)

Las consultas por urgencias se ven afectadas por la cantidad de personas que solicitan este servicio, sin que en muchos casos sean emergencias médicas. Aunque hay claridad en los usuarios de cuál es el objeto del servicio, en ocasiones se trata de una estrategia para resolver las barreras en servicios ambulatorios o en los trámites para acceder a medicamentos o a procedimientos. Contrariamente a lo que sucede en urgencias, en donde la situación puede definirse en términos de una sobredemanda, no hay una conciencia sobre la importancia de la promoción y la prevención. En estos servicios no hay problemas de autorización, ni citas que solicitar, ya que se dan directamente cuando la persona asiste a control. (Restrepo et al, 2014)

En cuanto a propuestas y estrategias para solventar barreras, los actores se pueden dividir en dos grupos: usuarios y líderes, y administradores y profesionales de la salud. Aunque existen algunas particularidades, en términos generales se encuentra congruencia entre los conceptos y los discursos analizados. Aunque ambos grupos de actores reconocen dificultades en su propio proceder, la mayoría de las sugerencias se hacen sobre aspectos de los cuales no son directamente responsables. Por ejemplo, los usuarios hacen un mayor énfasis en la necesidad de aumentar la capacidad instalada de servicios, mientras que en las ips se enfatiza la necesidad de que los usuarios mejoren la manera en la que hacen uso de los servicios. Esto sin desconocer la necesidad de mejorar comportamientos propios como, por ejemplo, una mayor organización comunitaria por parte de los usuarios y una mejor disposición de servicio por parte del personal. (Restrepo et al, 2014)

Se resalta el hecho de que todos los actores del sistema se ven afectados por las barreras de acceso. Aunque los usuarios son los que reciben los efectos, en detrimento directo a su salud, los administradores y profesionales perciben presiones del sistema que dificultan sus labores y generan frustración, por la tensión existente entre ejercer su labor y responder a las exigencias de

una empresa. Con tal motivo, estos también despliegan estrategias, en ocasiones fuera de la norma, para posibilitar el acceso de los usuarios a los servicios de salud y poder poner en práctica sus conocimientos en pro de la salud. (Restrepo et al, 2014)

Se proponen dos tipos de actividades educativas: una orientada a la formación de usuarios, sobre la participación social en salud y el ejercicio de deberes y derechos, y otra para los funcionarios de ips y eps, encaminada a ofrecer herramientas al personal administrativo y asistencial de las ips y eps para mejorar sus interacciones comunicativas con los afiliados a través de la sensibilización con respecto a las condiciones socioeconómicas y a las vivencias de los afiliados, y de la conciencia de sus propias experiencias; además sobre el sistema y sobre derechos y deberes de los usuarios. (Restrepo et al, 2014)

Tanto los profesionales de la salud como los administradores hicieron menos referencias que los usuarios a la capacidad instalada por parte de ips. Sin embargo, también lo consideraron un tema por mejorar. Mencionaron la necesidad de mejorar los sistemas por los cuales los usuarios se comunican y solicitan servicios con la entidad, haciendo especial énfasis en la mejora del servicio telefónico. (Restrepo et al, 2014)

2.3 Marco Conceptual

La ley 1751 de 2015 recoge varios elementos, principios y aspectos relacionados con la prestación de los servicios de salud, con el fin de clarificar, unificar y validar conceptos clave que permitan la materialización del derecho a la salud, ahora reconocido oficialmente como fundamental (Ramírez et al, 2016, pág. 10).

En este sentido, abarca desde principios y elementos esenciales hasta aspectos del día a día en la prestación de los servicios como la atención de urgencias, los planes de beneficios e incluso aspectos que tienen que ver con la relación médico-paciente dándole un énfasis especial a aspectos como la autonomía médica y participación en salud (Ramírez et al, 2016, pág. 10).

Desde sus orígenes, el sistema de aseguramiento de la salud en Colombia ha sido objeto de múltiples debates; de manera reciente, se ha declarado que dicho sistema se encuentra en crisis, razón por la cual se han realizado ingentes esfuerzos para superar los problemas financieros y solucionar las dificultades en cuanto a la oportunidad y calidad de los servicios. Así mismo, se ha hecho pública la necesidad latente de una reestructuración contundente del sistema, en vez de reformas reglamentarias, tal como lo evidencian las constantes noticias que dan cuenta de los casos de corrupción, la escasa reducción en las cifras de morbilidad y mortalidad en la población, la insuficiencia de la red pública asistencial y el inconformismo de los usuarios. (Ramírez et al, 2016, pág. 2).

Con el objeto de paliar la situación descrita, se promulgó la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que regula el derecho fundamental a la salud, buscando solucionar los problemas de la atención relacionados con la calidad, oportunidad y el acceso a los servicios de salud. Esta ley ha buscado tener un mayor alcance al regular sobre los ámbitos de la práctica profesional en relación con la

autonomía médica y la relación médico-paciente, relación histórica que define la percepción de los usuarios acerca del servicio de salud que reciben (Ramírez et al, 2016, pág. 2)

El propósito de la norma es superar las barreras actuales del sistema que han repercutido en la prestación del servicio, con lo que se espera impactar positivamente la situación de salud de los colombianos; sin embargo, estos cambios implican una modificación en la forma en que los actores del sistema interactúan, incluso en la forma en que el talento humano en salud se relaciona con las instituciones del sistema. (Ley-Estatutaria, 2015).

Respecto al principio de continuidad de la ley estatutaria en salud, esta define este principio como aquel en que, *“las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas”* (Ley-Estatutaria, 2015).

Podemos destacar que aunque en la evolución normativa no ha estado siempre presente este principio, se ha incluido de diferentes maneras, buscando en todo momento brindar atención y una cobertura integral a todas las personas que lo requieran, que puedan contar con un servicio completo y eficiente de principio a fin. Es por esta razón que el Estado, las aseguradoras y las instituciones prestadoras de servicios de salud siempre deben trabajar de manera articulada para lograr este objetivo y que independientemente donde se presten los servicios o el tratamiento que se requiera, los usuarios no tengan barreras para la atención y se garantice su derecho fundamental a la salud. (Ramírez et al, 2016, pág. 5)

El siguiente principio que se trabaja en esta temática es el de la integralidad; donde el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015 establece que:

“La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada” (Ley 1751, 2015).

En estos momentos con el fin de salvaguardar el derecho fundamental a la Salud el principio de integralidad ha sido uno de los criterios aplicados por la Corte Constitucional; las entidades que participan en el Sistema de Seguridad Social en Salud deben prestar un tratamiento integral a sus pacientes, con independencia de que existan prescripciones médicas que ordenen de manera concreta la prestación de un servicio específico. (Ramírez et al, 2016, pág. 6)

Por lo tanto, las personas vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud independiente del régimen al que pertenezcan, tienen el derecho a que las EPS les garantice un servicio de salud adecuado, es decir, que satisfaga las necesidades de los usuarios en las diferentes fases, desde la promoción y prevención de enfermedades, hasta el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y con la posterior recuperación; por lo que debe incluir todo el cuidado, suministro de medicamentos, cirugías, exámenes de diagnóstico, tratamientos de rehabilitación y todo aquello que el médico tratante considere necesario para restablecer la salud del paciente o para aminorar sus dolencias y pueda llevar una vida en condiciones dignas (Sentencia T-179, 2000), (Sentencia T-988, 2003), Sentencia T- 568, 2007), (Sentencia T-604,

2008), (Sentencia T-136, 2004), (Sentencia T-518, 2006), (Sentencia T-657, 2008), (Sentencia T-760, 2008).

En el siguiente aspecto de Oportunidad; esta juega un papel esencial a la hora de materializar la salud como un derecho, ya que este bien “supremo” se encuentra necesariamente ligado al factor “tiempo” y “espacio”. En la triada epidemiológica (persona-tiempo-espacio), el patrón tiempo y espacio son esenciales para determinar la forma en que cursará el proceso salud-enfermedad; es así como una intervención o una omisión en la línea tiempo puede ser decisiva para que la persona empeore o mejore su condición de salud, e incluso entre una serie de eventos desencadenantes que podrían llevar a la muerte. (Ramírez et al, 2016, pág. 7)

En los últimos tiempos se habla de la doctrina de *la pérdida de oportunidad o pérdida de chance*, citada en el ámbito probatorio jurisprudencial del derecho de daños (responsabilidad médica), en el campo de la salud se entiende como “*el empeoramiento del pronóstico de una enfermedad como consecuencia de la demora excesiva o inadecuada en su estudio, diagnóstico y tratamiento*”, de acuerdo con esta doctrina, si se demostrara que una intervención en salud hubiera podido evitar el daño procedería una indemnización, si bien menor que cuando existe una mala práctica. (Ramírez et al, 2016, pág. 8)

Actualmente la oportunidad en salud en la práctica se entiende como el tiempo de espera o la “demora” en la prestación del servicio de salud de cara al usuario; sin embargo la ley estatutaria al elevar la salud al nivel de derecho fundamental y al incluir el elemento oportunidad dentro de sus pilares, hace que el concepto sea mucho más amplio y que esté inmerso en todos los momentos que pueden definir el curso salud-enfermedad de un individuo e incluso de una comunidad, ahora la oportunidad se definirá a cada instante, en donde una acción que promueva

o facilite ambientes o acciones que mejoren la salud se pueda llevar a cabo. (Ramírez et al, 2016, pág. 8)

Para el sistema representa un reto, no solo de recursos (humanos, técnicos, tecnológicos) si no de identificar los momentos en el espacio-tiempo en que puede intervenir impactando de manera positiva los indicadores de salud de la población y del individuo en particular, también representa una oportunidad de hacer una medicina mucho más preventiva y menos morbicentrista, logrando también la consecución de logros en materia de sostenibilidad y eficacia en la ejecución de los recursos (Ramírez et al, 2016, pág. 8)

En el contexto de la Ley Estatutaria en Salud, la accesibilidad es entendida como la posibilidad de que los servicios y tecnologías puedan ser accesibles a toda la población en condiciones de equidad y con base en las características culturales individuales y colectivas. Bajo este principio rector, el concepto alude a la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información. (Ramírez et al, 2016, pág. 9)

La base de datos única de afiliados del Ministerio de Salud aporta datos sobre el régimen de afiliación, no obstante, muestra inequidades en el acceso entre regiones de Colombia, los problemas estructurales del sistema siguen sin resolverse, las barreras de acceso se han mantenido. Persiste la presencia de población sin cobertura en salud (concepto que difiere de acceso real), se mantiene la inadecuada e insuficiente distribución de los servicios tanto en las zonas rurales como en las urbanas. (Ramírez et al, 2016, pág. 10)

Como recomendaciones por parte del autor, se debe considerar que existen ciertos aspectos importantes de impacto hacia la ciudadanía, en ese orden de ideas se debe revisar que los aspectos del déficit de citas con especialidades médicas, sumadas a demora en la entrega de

medicamentos y autorizaciones; tienen un impacto de primer orden en los usuarios del sistema general de seguridad social en salud. Como recomendaciones brindadas por parte del autor, se debe considerar que este tipo de estrategias están contempladas dentro de los capítulos del marco teórico; sumado a su respectiva discusión; para ello se debe revisar estos aspectos junto a su respectivo análisis por parte del autor del trabajo de grado.

Con base en las reclamaciones interpuestas por parte de los ciudadanos de manera real ante la Supersalud, se analizó las problemáticas que generan más impacto ante la ciudadanía; y en ese orden de ideas se determinó cuáles serían las estrategias propuestas de manera tentativa; donde se propondría de manera teórica una posibilidad de solución con la posibilidad de implementación teórica respectiva por parte de los entes pertinentes. A lo largo de los capítulos propuestos durante el trabajo de grado; se propondrán las estrategias respectivas, donde se irán estableciendo medidas pertinentes con base en la temática y la competencia respectiva de los ítems pertinentes.

2.4 Marco Legal

La salud es definida en la Constitución Nacional de 1991, en su artículo 49, como:

ART. 49. “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. [...] Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Ley estatutaria en salud 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 100 de 1993, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Decreto 2353 de 2015, Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud.

Ley 1438 de 2011, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Política de atención integral en salud, “un sistema de salud al servicio de la gente”, ministerio de salud y protección social.

Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

Resolución 3951 de 2016, Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones.

3. Diseño metodológico.

Se realizó una investigación de tipo cualitativa inductiva analizando el sistema de salud de manera holística en lo concerniente a la ley estatutaria en salud junto a sus respectivos marcos (antecedentes, teórico, conceptual y legal), donde se indagaron según la revisión bibliográfica los antecedentes de la ley estatutaria en salud; verificando la normatividad que antepuso la determinación por parte del ministerio como un derecho fundamental, se revisó normatividad asociada a esa temática (sentencias, decretos, leyes, entre otros) que se encuentran puntualizados dentro del marco de antecedentes de la monografía. Se describieron los conceptos e inconvenientes sobre las fallas en la prestación del servicio de salud y la creación de la ley estatutaria en salud 1751 del 2015; que establece la salud como un derecho del máximo nivel. El marco teórico se estructuró teniendo en cuenta los macromotivos que emplea la superintendencia nacional de salud en su área de PQRD, determinando las problemáticas más puntuales que generan impacto negativo en la atención en salud en Colombia, posteriormente se constituyeron los subcapítulos del marco teórico según la revisión de los artículos científicos consultados; complementando la experiencia profesional del autor como miembro del proyecto personalizado de la superintendencia nacional de salud (delegada de protección al usuario). En el marco conceptual se examinó puntualmente la ley estatutaria en salud 1751 del 2015 aludiendo las piezas claves de la ley que tienen repercusión para la protección al usuario del servicio de salud; acentuando los artículos trascendentales que establecen la salud como derecho esencial.

Para la generación del marco legal, se delimitó la normatividad más importante concerniente al tema sobre ley estatutaria y otras normas afines a la temática tratada; identificando normas

acerca de atención primaria, aseguramiento, constitución política, plan de beneficios, inspección, vigilancia y control, entre otras.

Posteriormente la discusión se planteó según las estrategias diseñadas para cada uno de los subcapítulos propuestos, donde se perfilaron las sugerencias según la correlación de la teoría con la experiencia profesional del autor, en esta parte de la monografía se proyectó un nuevo modelo de salud añadiendo las estrategias de mejoramiento con base en los subcapítulos propuestos dentro del marco teórico, la finalidad de esta metodología es enfatizar en la discusión las estrategias de mejoramiento con el fin de poder puntualizarlas de una manera más práctica en este tramo del documento.

Para este trabajo de grado se utilizaron fuentes secundarias a saber: artículos científicos, periódicos digitales, trabajos de grado, normas actuales que tratan los temas estudiados. Esta información fue clasificada y utilizada para la elaboración de la monografía, generando posibles estrategias de implementación que tengan como finalidad la mejora en la prestación del servicio de salud de manera progresiva.

Se trabajó con artículos científicos acerca del tópico sobre la ley estatutaria y también otros contenidos (salud pública, participación ciudadana, responsabilidad médica, autorizaciones, medicamentos, entre otros), un aspecto de gran importancia para el desarrollo del trabajo en varios de los capítulos se basó en la relevancia de las noticias de los periódicos digitales ya que fue de gran ayuda en la estructuración de buena parte de la información que no tiene fuentes de artículos científicos debido a lo reciente de la implementación de la ley estatutaria.

Se utilizaron ciertos trabajos de grado que tenían un énfasis interesante para el desarrollo de algunos de los subcapítulos del marco teórico que eran de una temática muy específica;

enfaticada a temas como los eventos adversos, salud pública, entes de control, autorizaciones, medicamentos (entre otros).

Respecto a la normatividad utilizada en el trabajo de grado, se puede establecer que se revisó leyes y decretos relacionados a temas de inspección, vigilancia y control, salud pública, aseguramiento, atención primaria entre otros. Como es bien conocido por el tipo de trabajo de grado tipo monografía; la ley estatutaria en salud 1751 del 2015 fue escudriñada de manera extensiva precisando los artículos que tengan que ver con la protección al usuario, la cual es el área de desempeño del autor dentro de su quehacer profesional cotidiano.

Teniendo en cuenta todos los aspectos mencionados con anterioridad se determinó la metodología desarrollada para cumplir con los objetivos tanto general como específicos definidos a lo largo de este trabajo de grado tipo monografía, según la revisión y el estudio especificado se puede mencionar sobre el carácter inédito del trabajo; debido a que existen muy buenos artículos que se enfatizan en aspectos jurídicos y legales pero no proponen ningún tipo de alternativa para el mejoramiento de los inconvenientes ocurridos durante la prestación del servicio de salud tanto a nivel administrativo como asistencial, por ende se determinó por parte del autor la idea de una generación de propuestas que tengan como finalidad la posible implementación de estas estrategias tanto a nivel de entes de control, dependencias legislativas y ejecutivas tanto del estado colombiano como el sector privado.

4. Discusión

Para el caso de la discusión, se debe dejar en claro que la información que se transfiere no es a una organización, sino al sistema General de seguridad social en salud; esta monografía plantea claramente y en repetidas ocasiones, acerca de la proposición de estrategias de posible implementación; que tengan como finalidad el mejoramiento paulatino en la prestación del servicio de salud en Colombia.

El modelo de salud propuesto por el autor consiste principalmente en el mantenimiento de un sistema mixto de atención en salud donde las EPS se vayan reduciendo en número con base en el seguimiento realizado por la superintendencia nacional de salud; para que dado el caso si una organización de estas no sea capaz de brindar un buen servicio sea liquidada; de esta manera solo las EPS que posean buenos indicadores de calidad se mantendrán en la industria de la salud.

La idea es que todas las organizaciones que prestan servicios de salud tanto en lo administrativo como en lo asistencial brinden un buen servicio y que los entes de control posean suficiente capacidad de inspección, vigilancia y control ante estas entidades. Uno de los inconvenientes más graves de toda esta problemática consiste en que buena parte de las EPS infortunadamente se acostumbraron a brindar un servicio regular o malo teniendo poco respeto ante los entes de control; para este contexto se puede promover mecanismos normativos que no permitan que estas entidades omitan los requerimientos interpuestos por los entes de control gubernamentales.

A pesar de que el tema financiero no fue tratado en esta monografía debido a su enorme complejidad; se debe tener en cuenta que uno de los principales inconvenientes de la atención en

salud por parte de las IPS, consiste en la falta de contratación derivada por la demora excesiva en los pagos de las EPS a las IPS que provocan finalización de contratos por el alto nivel de cartera pendiente. Para ello el ministerio de salud debe comenzar a revisar de manera muy exhaustiva la solución a los inconvenientes de financiación del sistema general de seguridad social en salud.

También se debe ser más exhaustivo en la auditoría realizada por los entes de control generando la capacidad de inspeccionar de manera eficaz y rápida una queja relevante por la mala atención brindada por parte de una IPS, para ello se debe realizar un mayor hincapié en aspectos de seguridad del paciente, disminución de eventos adversos y optimización de la atención por parte de todos los funcionarios de la salud.

El sistema de salud invierte multimillonarios recursos en personas que poseen capacidad de pago y pertenecen al régimen subsidiado de salud, esto es una situación delicada debido a que muchas de estas personas tienen ingresos y no se encuentran en situación de vulnerabilidad. Si con el tiempo transcurrido se disminuye la cantidad de personas que se encuentran en el régimen subsidiado de salud, se aumentaría los recursos de recaudo del sistema desencadenando que solo las personas vulnerables realmente tengan el derecho a pertenecer al régimen subsidiado de seguridad social.

Opino que el sector público que se encuentra inmerso en todos los aspectos del sistema general de seguridad social en salud (ministerio, superintendencia, entes territoriales entre otros) debe ayudar técnicamente a las EPS para su correcto funcionamiento en todos los aspectos; ya que desde mi punto de vista considero que un modelo 100 % privado o público no es viable de ninguna forma. Esto se lograría con una mayor interacción amistosa entre el sector público y el privado donde se deba enfatizar ante todo el buen servicio al usuario.

La forma de estructurar la monografía se fundamentó con los macromotivos específicos

utilizados por la Supersalud en su aplicativo para radicación llamado gestión PQRD, al analizar los macromotivos se llegó a la conclusión de cuáles son los grupos de reclamaciones que afectan más a la población colombiana, con base en el porcentaje de radicación y participación en las estadísticas de PQRD reportadas por la Superintendencia Nacional de Salud.

Con base en este análisis, se pudo desglosar cuáles son los motivos más específicos en donde falla el servicio de salud y afecta más directamente la integridad de los usuarios del sistema, al revisar estos motivos más concretos, se comenzaron a puntualizar los de mayor impacto generando la creación de un marco teórico, que detalle más específicamente la forma en que se referiría a cada uno de estas determinaciones que tienen consecuencias negativas para la salud de la población colombiana.

Es de suma importancia haber recurrido a las estadísticas de la Supersalud ya que es el principal órgano de inspección, vigilancia y control de la salud en este país, obteniendo información fidedigna y de primera mano para estructurar todo el esquema planteado con anterioridad, de esta forma no se escribió sobre suposiciones del autor o de otras fuentes que no sean de tipo oficial; incidiendo de manera exitosa en la formulación y posterior escritura de los marcos de este trabajo de grado.

Se puede identificar que para este contexto, en la monografía se establecieron algunas estrategias de mejoramiento que tienen como propósito intentar regenerar la prestación del servicio de salud, si bien es cierto que son medidas propuestas según algo de la teoría consultada y ante todo la experiencia profesional del autor, se supondría que una posible implementación de estas estrategias podría atacar los inconvenientes que aquejan la prestación del servicio poniendo en práctica por lo menos de manera experimental y teórica las pericias de optimización planteadas con anterioridad.

En la opinión del autor se infiere; que los temas fueron escogidos de manera adecuada según el impacto que les genera a los usuarios del sistema General de Seguridad Social en salud en Colombia, para el caso del déficit de médicos especialistas y subespecialistas, este es uno de los temas que genera una mayor trascendencia en la población, ya que es la principal causa en la generación de PQRD en este país.

Según la experiencia profesional del autor que fue hace unos años en un hospital público de III nivel de atención de Bogotá, los residentes médicos poseen unas funciones prácticamente iguales a la de un especialista médico graduado, asimismo se corrobora que desde muy temprana edad en la residencia medica se le delega una enorme responsabilidad a este profesional que es supervisado por el especialista. En ultimas los residentes de medicina atienden, formulan, correlacionan, operan y trabajan en la misma proporción que un especialista, razón por la cual sería más que justo que recibieran una remuneración, porcentualmente un poco por encima del médico general y que sea proporcional a las horas de trabajo de las rotaciones que se encuentren desempeñando en el momento.

El déficit de médicos especialistas y subespecialistas se debe a la poca demanda de programas en este tipo de especialidades, sumado a inconvenientes de corrupción (los pocos cupos que existen generalmente se encuentran comprometidos a ciertos profesionales que poseen contactos en las escuelas de medicina), asimismo otro inconveniente grave se basa en que el costo económico de especializarse es exageradamente alto desencadenando en enorme presión económica para los médicos que conlleva a la deshumanización de los profesionales hacia los usuarios.

La solución para este aspecto, se basaría en la realización de estudios técnicos de parte del ministerio de salud; donde se evalué de manera muy eficaz la oferta y demanda de especialidades y subespecialidades médicas, exhortando a profesionales de muy alto nivel para que aprovechen esta oportunidad de especializarse por medio de becas 100 % condonables brindadas por el estado dependiendo del desempeño académico del profesional, de esta manera este especialista no se vería perjudicado por la deuda económica y podrá ejercer la especialidad sin esa presión deshumanizante de las obligaciones financieras, solo para el caso de los profesionales que no cuenten con los recursos necesarios para estudiar su especialidad médica respectiva.

Para el caso del aplicativo Mipres, considero que esta innovación no se debe convertir en una nueva barrera administrativa que genere entorpecimiento para la prestación de servicios de salud, que no se encuentren dentro del plan de beneficios. Con el tiempo el Mipres se debe ir convirtiendo en algo más simple y fácil de usar con base en la experiencia de los profesionales de la salud que son los principales consumidores de esta interface, es de suma importancia que los lapsos de tiempo del uso del aplicativo se vaya reduciendo conforme se mejore la estructura del software y aumente la curva de aprendizaje del personal que lo emplee.

La optimización en el uso del aplicativo dependerá en gran medida de la forma en que se vayan realizando mejoras paulatinas con base en la experiencia de uso y que los profesionales y entidades pongan de su parte en la facilitación para la aclimatación del mismo, también es de suma preponderancia que las EPS no utilicen el Mipres como un reemplazo del CTC y lo conviertan en una nueva barrera para la autorización de servicios no incluidos en el plan de beneficios, para ello es clave que los entes de control ejerzan una función eficiente y eficaz en la vigilancia a las entidades que usen el software en contra de los pacientes como una nueva barricada administrativa.

En el caso de la falta de oportunidad en la prestación de los servicios de salud, se categorizo que se debe hacer hincapié para la rápida generación de autorizaciones y mejoras para la entrega de medicamentos junto a la optimización en la generación de pagos anticipados rápidos y eficientes que tengan como finalidad dar cumplimiento a los requerimientos que necesite el afectado.

Existe falta de oportunidad y demoras en los servicios de apoyo diagnóstico (laboratorio clínico, Radiología, Anatomopatología), Cirugías, Procedimientos, citas médicas, entre otros; donde una solución trascendental para este inconveniente se basaría principalmente en que se pueda generar pagos de manera rápida, eficiente y eficaz con los prestadores de la red adscrita y si dado caso no pertenece a la red, tramitar un pago por evento anticipado con alguna entidad de manera veloz cumpliéndole al usuario y también a la IPS, puesto que muchas de estas organizaciones no atienden más pacientes debido a la elevada cartera que poseen las EPS con los prestadores asistenciales.

Para el caso de las EPS, estas deben cumplir sus obligaciones con los asegurados coordinando con los gobiernos el establecimiento de criterios de costo-eficiencia, mejorando también las redes de distribución y los contactos con los laboratorios farmacéuticos con la finalidad de mejorar la oportunidad en la entrega de medicamentos que se encuentren o no en el plan de beneficios.

La aplicación de mecanismos de coordinación de información compartida y la toma conjunta de decisiones mejora el comportamiento de los flujos de suministro de medicamentos en las diferentes instancias de la red, reduciendo el riesgo de desabastecimiento y por lo tanto propiciando las condiciones de continuidad, cobertura y eficiencia en la prestación de los servicios (Zamora et al, 2016, pág. 180)

Respecto a la demora para la generación de las autorizaciones, se evidencia que el aplicativo de salud utilizado en las entidades prestadoras de salud EPS, no siempre es amigable por la cantidad de información, controles que debe tener, los datos personales que maneja cada afiliado, la comprobación de la información de cada afiliado y su grupo familiar; de la institución prestadora de servicios de salud, contratación, presupuesto, información propia y privada de las EPS. (Correales, 2014)

Para mejorar el área de autorizaciones se proponen estrategias como las siguientes: Especialización de los asesores de línea de frente en los diferentes procesos que cuenta las EPS, el servicio será más oportuno, disminuirán los errores de asignación, evitará reprocesos, disminuirá la duplicidad de autorizaciones por tener las actividades claras y bien definidas, acortara el tiempo de espera en las oficinas de atención al afiliado por la asignación equivocada de las solicitud del usuario (Correales, 2014)

Es de suma importancia mencionar que los aplicativos son trascendentales para la generación de autorizaciones y todos los demás procesos administrativos que se llevan a cabo dentro de una EPS, según la experiencia profesional al manejar aplicativos en salud se analizó que el numero debe ser bajo en cantidad y muy fáciles de utilizar ya que la no adaptación a estos aplicativos genera mayor rotación en el personal, aburrimiento en los asesores y una mayor dificultad para la adaptación de los funcionarios nuevos en el proceso administrativo.

Para el caso de los planes de salud pública, se considera qué se debe hacer mucho más énfasis en las enfermedades crónicas que en este momento no sólo se encuentran afectando la salud de los colombianos sino de toda la humanidad, se deben implementar medidas más contundentes contra enfermedades como la diabetes, obesidad, hipertensión, enfermedades de transmisión vectorial, tuberculosis y patologías asociadas a la salud mental.

En lo que compete a la disminución de las deficiencias en la efectividad de la atención en salud, es importante dimensionar que si bien es cierto que a título personal la ley estatutaria en salud ha sido bien formulada como una política pública, esta atraviesa bastantes inconvenientes a la hora práctica de su implementación ya que la prestación del servicio de salud en Colombia ha sido asincrónico y fragmentado. Es imperativo proponer que la salud pública en conjunto debe mejorar sustancialmente los planes de promoción y prevención en el ámbito de las enfermedades crónicas, que en este momento es el azote principal que asedia a la población de este país, según la experiencia profesional del autor se evidencia afectación de los pacientes en enfermedades específicas como la diabetes, hipertensión, obesidad, VIH, algunas enfermedades infecciosas (especialmente enfermedades transmitidas por vectores).

Entre otras afectaciones, existe un tipo de enfermedad que son una gran amenaza para la salud pública basándose en patologías de tipo mental que están asociadas o no al consumo de sustancias psicoactivas, dicho consumo de drogas estimulantes es una enorme intimidación para todos los individuos a nivel grupal e individual ya que tiene implicaciones muy delicadas en casi todos los aspectos, repercutiendo hasta en la seguridad física de los ciudadanos a nivel general.

Las EPS deben tomarse más en serio los programas de PYP y salud pública junto a los entes territoriales, de las patologías citadas anteriormente se deberían implementar mejores metodologías en salud colectiva promoviendo el autocuidado individual y comunitario que se encuentra citado en el artículo 10 numeral A de los deberes de las personas relacionado con el servicio en salud dentro de la ley estatutaria. Es sumamente inquietante darse cuenta que por factores culturales y malos hábitos alimenticios en las personas, estas se hacen susceptibles a enfermedades totalmente prevenibles y potencialmente mortales, lo peor de todo es que una mejora en los hábitos alimenticios y en el aumento progresivo de la actividad física conllevaría

positivamente a una disminución muy significativa de la morbi-mortalidad en enfermedades crónicas y masivas como la diabetes, hipertensión, obesidad y cáncer entre otras.

Se enumeraron ciertas recomendaciones para la disminución de los eventos adversos en la atención en salud, junto a los errores por parte del recurso humano de este gremio, identificando una mayor concientización y humanización para la prestación del servicio de salud asociado al aumento de los controles por parte de las áreas de calidad o en su defecto los jefes inmediatos de cada una de las dependencias.

Para tomar medidas efectivas con el fin de reducir los eventos adversos y los errores por parte del recurso humano en salud, es de suma importancia que se aumenten los controles y seguimientos por parte de los jefes inmediatos de los diferentes procesos asistenciales, asimismo se debe mentalizar al personal asistencial de manera continua haciéndoles recapacitar acerca de la enorme responsabilidad en los procedimientos clínico-asistenciales junto a la gigantesca repercusión que se tiene en la integridad e incluso vida de los pacientes.

El personal profesional y técnico debe ser concientizado acerca de su compromiso con la humanidad, pues tienen la integridad y la vida de las personas en sus manos bajo su batuta y discernimiento profesional, ante todo es de suma relevancia manifestar que los asistenciales deben dejar sus pensamientos y problemas personales fuera de su turno hospitalario, esto con el propósito de que las emociones no desvíen la atención y entorpezcan la focalización del cuidado en contra de los afectados.

En lo que compete a la optimización del contacto de la ciudadanía con los entes de control, se debe fortalecer mucho más los centros de contactos telefónicos apoyados por servicios de atención al ciudadano de manera personalizada, esto con el propósito de hacer mucho más

efectivo el contacto de los ciudadanos con los entes de control gubernamentales; justificando que estas organizaciones públicas puedan tener mucha más capacidad a la hora de ejercer la inspección, vigilancia y control hacia todos los vigilados en pro de una mejora en la atención de los pacientes.

Las personas que participan en la planificación sanitaria se seleccionan sobre la base de que son conocedoras de las necesidades de los consumidores reales o potenciales de servicios de salud y pueden representar esas necesidades. Para que los líderes de la comunidad sean vistos como portavoces de autoridad a los ojos de la comunidad y del sistema de salud, la selección y representación debe tener legitimidad. (Pineda, 2014), Asimismo los veedores y representantes de las ligas de usuarios deben ser personas que posean muy buena capacitación en los temas de derechos y deberes en salud, junto a conocimientos sólidos en el área de PQRD y seguridad social, ya que personas que poseen estas facultades algunas veces direccionan de manera errónea a los usuarios de su entidad por falta de conocimiento. Es imperativo que los representantes de los pacientes tengan excelentes relaciones interpersonales tanto con los usuarios como con los funcionarios de la entidad a la cual pertenecen, ya que la falta de fluidez en este aspecto repercute negativamente en la atención de los afectados a quienes representan.

Se ha evidenciado que una ciudadanía que tenga más claro sus derechos y deberes en salud tendrá menos inconvenientes a la hora de acceder a los servicios de salud, durante los últimos meses tanto el Ministerio de salud y Protección social Como la Superintendencia Nacional de Salud junto a los entes territoriales de control (secretarías de salud) ha venido mejorando los servicios de atención al ciudadano con el propósito de direccionar mejor a los usuarios, asesorándolos pertinentemente en todas sus dudas en lo concerniente en trámites generales acerca de Seguridad Social (desde mediados del 2016 la Supersalud implemento 70 puntos de

atención personalizada en todo el país), estos puntos funcionan en las oficinas de las Secretarías de salud departamentales, algunas municipales, casas y rutas del consumidor de la superintendencia de industria y comercio junto a algunas de las unidades de atención a víctimas del conflicto armado.

Éstos puntos de atención personalizada refuerza a las existentes 6 regionales que ya se encuentran funcionando en algunas ciudades desde hace algunos años atrás, estos profesionales de los puntos personalizados son personas con la suficiente preparación en temas de salud y Seguridad Social para poder asesorar a los ciudadanos en las diferentes temáticas y si dado el caso es pertinente ellos realizan una reclamación formal ante la EPS por medio del aplicativo de la Supersalud dando el direccionamiento del caso del afectado como prioritario (riesgo de vida) o regular (5 días hábiles máximos de respuesta por parte de la entidad).

Asimismo es de suma importancia recalcar que en los últimos meses la línea de atención al usuario de la Supersalud por el canal telefónico, ha tenido una oportunidad de atención baja debido a que casi siempre se encuentra ocupada y el menú cuelga la llamada telefónica en vez de dejarla a la espera de uno de los asesores, la capacidad telefónica de esa entidad debe ser la más fortalecida pues equivale al mayor porcentaje de la capacidad de atención del organismo a nivel nacional.

Para el caso de la línea de atención telefónica del ministerio de salud, se evidencio que los asesores tienen un nivel de conocimiento demasiado básico y solo pueden orientar aspectos técnicos del uso de plataformas y aplicativos del ministerio o en su defecto temáticas muy elementales acerca de seguridad social, ya que generalmente todo lo que tenga que ver con obstáculos en la prestación de servicios de salud es remitido a la línea de la Supersalud, así que es de suma relevancia fortalecer este direccionamiento de servicio tal cual como se había

mencionado en el párrafo anterior.

En el caso de la secretaria de salud de Bogotá la nueva administración implemento una línea telefónica llamada *línea salud para todos* que consiste en una interesante estrategia para gestionar y orientar a los usuarios en temas relacionados a la atención en salud (no se encarga de emergencias médicas ni atención pre hospitalaria) donde se orientan, informan y gestionan casos que tengan que ver con muros en la atención en salud tanto en EPS como IPS.

Se ha evidenciado que el estado Colombiano ha venido fortaleciendo los mecanismos de contacto a la ciudadana últimamente, aunque existen ciertas formas de interacción con la población que se tienen que mejorar en pro del apoyo a los habitantes, se infiere que los procesos de contacto telefónico son los que se deberían fortalecer más, ya que son la vía más rápida para la relación con los Colombianos, seguido de la atención personalizada; que en la opinión profesional del autor es el tipo de atención al usuario de mejor calidad y mayor nivel de adherencia para los usuarios.

El estado colombiano debe organizar cambios en la normatividad que tengan como propósito evitar la omisión del cumplimiento de los fallos de tutela por parte de las EPS, adicionalmente se deben aumentar los controles en los funcionarios con el objetivo de reducir los tratos indignos, deshumanizantes y poco profesionales hacia los usuarios que son la razón de ser del gremio de la salud.

La nación debe implementar mecanismos normativos que no le permitan a las EPS de ninguna manera, hacer caso omiso a las acciones de tutela junto a sus respectivos desacatos si dado el caso llega hasta ese nivel la vulneración del derecho fundamental a la salud; siendo esta competencia única y exclusivamente de la rama judicial que tiene Colombia respetando el

equilibrio de poderes que afortunadamente posee esta democracia, ya que las acciones de tutela son órdenes judiciales de inmediato cumplimiento en un plazo máximo de 48 horas desde el momento de su notificación respectiva a la entidad posterior a la emisión del fallo.

Para ello es de suma prioridad que las EPS posean en primera instancia un músculo financiero suficiente para poder generar las conexiones con la red adscrita o en su defecto la red externa; que tenga como propósito dar el cumplimiento a los requerimientos que se encuentren especificados en la acción de tutela, además deben tener un área jurídica que se encuentre en capacidad de generar respuestas oportunas que tengan como objetivo evitar un desacato que conlleve al arresto del representante legal y una multa económica a la EAPB.

En el mismo sentido, para todos los usuarios deben fortalecerse los sistemas de atención mediante los cuales se pueden conocer y resolver peticiones, quejas, reclamos y solicitudes presentadas en cualquier momento en que se puedan presentar dificultades o sugerencias para mejorar el acceso. (Restrepo et al, 2014)

En algunas ocasiones existe un recurso humano indiferente, déspota y poco capacitado en los temas que tienen que ver con la atención al usuario en salud tanto a nivel asistencial como administrativo, evidenciándose de manera sistemática numerosos direccionamientos erróneos que desencadena fallas sistemáticas en la prestación del servicio de salud.

Es evidente la forma como algunos de estos funcionarios tratan de manera muy despectiva a los pacientes que son la razón de ser del servicio de salud en todo el planeta, asimismo se observa mucha tolerancia a la incompetencia y falta de diligencia profesional de numerosos de estos profesionales que infortunadamente no son descubiertos actuando de manera errónea y antiética.

Para ello se le debe brindar una mayor capacidad de auditoría presencial tanto de los entes de

control de tipo nacional como a los entes territoriales con el propósito de combatir discriminación, tratos indignos y deshumanizantes; tanto de funcionarios administrativos como asistenciales con el propósito de que estos sean sancionados si no cumplen correctamente con sus funciones profesionales.

Valga la aclaración que la solución de los inconvenientes del sistema de salud es sumamente compleja y no se dará de la noche a la mañana, pero el implementar medidas poco a poco y comenzar a generar conocimientos junto a sus respectivos diagnósticos, es el inicio de la cristalización de medidas que puedan ponerse en práctica con la finalidad de comenzar a mitigar los graves inconvenientes que ha tenido el servicio de salud.

No obstante, las prestaciones de los servicios de salud normalmente son georreferenciados y, por lo tanto, el acercamiento de la IVC debe ser de tipo territorial o descentralizado. Por lo anterior, la cuestión de quién vigila a quién realmente depende del grado real de capacidad territorial que se tenga para tal labor. En este sentido es probable que la IVC lejana del servicio real no pueda dar resultados confiables y veraces; y que las medidas de control no sean totalmente oportunas y eficientes. (Gañan, 2017, pág. 135)

Es de suma relevancia, que los entes territoriales manejen profesionales auditores que se encuentren en capacidad de ser notificados e implementen acciones de IVC con prontitud y eficiencia contra las entidades vigiladas, este comentario se realiza debido a que varias secretarías de salud no tienen peritos de esta denominación sumado a debilidades fuertes en el área de Servicio de atención al ciudadano (SAC).

Asimismo, es necesario fortalecer la capacidad de reacción, de respuesta, de información y de resolución ante las diferentes quejas y reclamos de la ciudadanía o de los actores involucrados. Quizás un plan de contingencia o de choque para descongestionar los procesos aún represados en

la Supersalud sería conveniente. (Gañan, 2017, pág. 138)

El gobierno colombiano debe seguir aumentando la capacidad legislativa y ejecutiva del ministerio de salud junto al fortalecimiento progresivo de la superintendencia nacional de salud en lo que compete especialmente a la dirección de atención al usuario que es a juicio del autor la principal de las superintendencias delegadas ya que es la que se encarga de proteger la integridad directa de los usuarios ante las EPS.

En conclusión, con la entrada en vigencia de la Ley 1751 de 2015, que formaliza el reconocimiento del Derecho a la Salud como un verdadero derecho fundamental y autónomo en lo individual y en lo público, la IVC debe superar las barreras del propio Sistema y verificar las condiciones de materialización real y efectiva, si se quiere progresiva y no reversible, del derecho a la salud y de su propia noción. (Gañan, 2017, pág. 129)

Queda como enseñanza final que este trabajo de grado pudiera ser tomado por otros autores como soporte, con la intención de seguir generando conocimiento novedoso e inédito sobre las alternativas de mejoramiento que se han propuesto a lo largo y ancho de esta monografía, es de suma relevancia que se propongan más iniciativas en lo que compete a esta área con la finalidad de seguir enriqueciendo el debate y aportar nuevas ideas para contrarrestar algunos de los inconvenientes que posee el sistema general de seguridad social en Colombia.

5. Conclusiones

-Respecto al déficit de médicos especialistas y subespecialistas; se concluye en la realización de estudios técnicos por parte del ministerio de salud, donde se evalué de manera muy eficaz la oferta y demanda de especialidades y subespecialidades médicas, donde se exhorte a profesionales de muy alto nivel que sean los que aprovechen esta oportunidad de especializarse por medio de becas 100 % condonables brindadas por el estado, esto solo aplicaría para el caso de los profesionales que no cuenten con los recursos necesarios para estudiar su especialidad médica respectiva.

-El aplicativo Mipres debe migrar hacia algo más simple y fácil de usar con base en la experiencia de los profesionales de la salud que son los principales consumidores de esta interface; es de suma importancia que los lapsos de tiempo del uso del aplicativo se vaya reduciendo conforme se mejore la estructura del software y aumente la curva de aprendizaje del personal que lo emplee.

-Para el caso de la mejora en la oportunidad de las autorizaciones, se debe entrenar mejor a los funcionarios que trabajan con esta área, para ello es de suma importancia que el aplicativo sea fácil de consultar, visualizar y usar.

-Con el propósito de mejorar la oportunidad en la entrega de medicamentos, se dedujo principalmente que las empresas transnacionales compatibilicen intereses y objetivos con las políticas sanitarias, asumiendo responsabilidad social para garantizar el acceso a los medicamentos de alto costo en especial.

-Las EPS deben cumplir sus obligaciones con los asegurados; coordinando con los gobiernos el establecimiento de criterios de costo-eficiencia, mejorando también las redes de distribución y los contactos con los laboratorios farmacéuticos, donde se tenga como objetivo mejorar la oportunidad en la entrega de medicamentos que se encuentren o no en el plan de beneficios.

-Mejorar la capacidad de generar pagos anticipados de manera rápida, eficiente y eficaz con los prestadores de la red adscrita; si dado caso no pertenece a la red, tramitar un pago por evento con alguna entidad de manera veloz, donde se le cumpla el requerimiento al usuario y también a la IPS, puesto que muchas de estas organizaciones no atienden más pacientes debido a la elevada cartera que poseen las EPS con los prestadores asistenciales.

-Implementar mejores metodologías en salud colectiva que promuevan el autocuidado individual y comunitario que se encuentra citado en el artículo 10 numeral A de la ley estatutaria en salud; es sumamente inquietante darse cuenta que por factores culturales y malos hábitos alimenticios en las personas, estas se hacen susceptibles a enfermedades totalmente prevenibles y potencialmente mortales. Una mejora en los hábitos alimenticios y en el aumento progresivo de la actividad física conllevaría a una disminución muy significativa de la morbi-mortalidad en enfermedades crónicas y masivas como la diabetes, hipertensión, obesidad y cáncer entre otras.

-Para disminuir los eventos adversos y errores por parte del recurso humano en salud, es de suma importancia que se aumenten los controles y seguimientos por parte de los jefes inmediatos de los diferentes procesos asistenciales, asimismo se debe mentalizar al personal asistencial de manera continua, haciéndoles recapacitar acerca de la enorme responsabilidad en los

procedimientos clínico-asistenciales, sumado a la gigantesca repercusión que se tiene en la integridad e incluso vida de los pacientes.

-El personal profesional y técnico debe ser concientizado acerca de su compromiso con la humanidad, pues tienen la integridad y la vida de las personas en sus manos bajo su batuta y discernimiento profesional, ante todo es de suma relevancia manifestar que los asistenciales deben dejar sus pensamientos y problemas personales fuera de su turno hospitalario, esto con el propósito de que las emociones no desvíen la atención y entorpezcan la focalización del cuidado en contra de los afectados.

-Los procesos de acercamiento telefónico se deben fortalecer más, ya que son la vía más rápida para la interacción con los ciudadanos; junto a la atención personalizada que es la de mejor calidad y mayor nivel de adherencia para los usuarios.

6. Recomendaciones

-El Estado Colombiano debe implementar mecanismos normativos que no le permitan a las EPS de ninguna manera, hacer caso omiso a las acciones de tutela junto a sus respectivos desacatos, si dado el caso llega hasta ese nivel la vulneración del derecho fundamental a la salud; ya que las acciones de tutela son órdenes judiciales de inmediato cumplimiento en un plazo máximo de 48 horas desde el momento de su notificación respectiva a la entidad posterior a la emisión del fallo.

-Aumentar la capacidad de auditoría presencial tanto de los entes de control de tipo nacional como a los entes territoriales, con el propósito de combatir discriminación tratos indignos y deshumanizantes tanto de funcionarios administrativos como asistenciales, con la intención de que estos sean sancionados si no cumplen correctamente con sus funciones profesionales.

-Extender la capacidad de las autoridades para poder ejercer de manera más efectiva las actividades de inspección, vigilancia y control por parte de los entes de control municipales, territoriales y nacionales, optimizando la capacidad de respuesta a las inquietudes de la ciudadanía de manera rápida y efectiva.

-Seguir generando más normatividad por parte del ministerio de salud y la superintendencia nacional de salud, que proteja de manera más efectiva los derechos en salud de los usuarios; disminuyendo de manera paulatina las barreras administrativas para la prestación del servicio de salud hacia la ciudadanía.

Bibliografía

- Chernichovsky, D., & Prada, S. I. (2015). Ajustes a la arquitectura del sistema general de salud de Colombia: Una propuesta/Fixes to the architecture of the healthcare delivery system in Colombia: A proposal/Ajustes à arquitetura do sistema geral de saúde da Colômbia: Uma proposta. *Estudios Gerenciales*, 31(135), 163-170.
- Molina Betancur, C. M. (2013). LA TUTELA Y REFORMA EN SALUD: DESENCANTO DE UN JUEZ SOÑADOR*. *Vniversitas*, 62(127), 157-188.
- Calderón, Jaime. (2015). Autonomía médica y ley estatutaria de salud. *Acta Medica colombiana* 40(1): 51-53.
- Torres, Mauricio. (2015). Los alcances reales de la Ley Estatutaria en Salud. *Viva la ciudadanía*. Recuperado de <http://viva.org.co/cajavirtual/svc0435/articulo06.html>.
- Tarazona, Alberto. (2013). *Corrupción y fallas en la regulación del sistema general de seguridad social en salud en Colombia* (trabajo de grado de especialización). Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.
- Ramírez A, Rocha D, Durango L, Rodríguez S. (2016). *Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo* (trabajo de grado de especialización). Universidad CES, Medellín, Colombia.
- Jiménez WG, Angulo LL, Castiblanco YP, Gómez ML, Rey LJ, Solano LT, Urquijo YC. (2016). Ley estatutaria: ¿avance hacia la garantía del derecho fundamental a la salud? *Rev Colomb Cir* (31): 81-90.

Supersalud Superintendencia de salud (4 de noviembre de 2016). Audiencia Pública de Rendición de Cuentas Supersalud 2015 y Primer Semestre de 2016. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=vTIRi1LP_Ls

Congreso de la república de Colombia. (16 de febrero de 2015). Ley estatutaria en salud 1751 de 2015.

Congreso de la república de Colombia. (23 de diciembre de 1993). LEY NUMERO 100 DE 1993.

CORTE CONSTITUCIONAL Sala Segunda de Revisión. (31 de Julio de 2008). SENTENCIA N° T-760 de 2008 [MP Manuel José Cepeda Espinosa]

Ministerio de salud y protección social. (3 de diciembre de 2015). Decreto 2353 de 2015.

Editorial. (2015). ¿Cuál es el propósito de nuestro sistema de salud? *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 14 (28), 5-8.

Ministerio de Salud. (17 de febrero de 2017). Ley Estatutaria de Salud: la implementación. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Ley-Estatutaria-de-Salud-la-implementacion.aspx>.

Bernal O, Barbosa S. (2015). La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. *Salud Publica México* 57(5): 433-440.

Vargas, S. (24 de marzo de 2017). Supersalud recibe más de 1.200 quejas de ciudadanos al día. Recuperado de <http://www.bluradio.com/nacion/supersalud-recibe-mas-de-1200-quejas-de-ciudadanos-al-dia-135368>.

Monsalve, M. (17 de febrero de 2017). Guía para saber qué cubrirá el nuevo plan de salud. Recuperado de http://www.elespectador.com/jscroll_view_entity/node/680458/full/p680723shown

El universal. (7 de marzo de 2012). Déficit de médicos en Colombia. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.co/cartagena/vida-sana/deficit-de-medicos-en-colombia-67750>

Correa, J. (22 de septiembre de 2014). El embudo en la formación de los médicos especialistas. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-14575217>

Cuevas, A. (12 de octubre de 2013). Déficit de especialistas, ¿quién tiene la culpa? Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/salud/deficit-de-especialistas-quien-tiene-culpa-articulo-452039>

Moreno, K. (12 Oct 2013). Formar más médicos, ¿una propuesta indecente? Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/salud/formar-mas-medicos-una-propuesta-indecente-articulo-452052>.

Otero, E. (24 de diciembre de 2015). EPS se quejan por falta de especialistas. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.co/salud/eps-se-quejan-por-falta-de-especialistas-214198>.

Monsalve, M. (23 agosto 2015). Especialidades médicas: nadie hace nada. Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/salud/especialidades-medicas-nadie-hace-nada-articulo-581074>

Monsalve, M. (8 febrero 2017). Plataforma Mipres, todavía en el limbo. Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/salud/plataforma-mipres-todavia-en-el-limbo-articulo-678915>

- Valbuena, N. (28 de febrero de 2017). Las dificultades del Mipres según médicos, clínicas y hospitales. Recuperado de <http://www.opinionysalud.com/mipres-achc-minsalud-dificultades/>.
- Correales, E. (2014). Mejoramiento en procesos de entrega de autorizaciones plan obligatorio de salud en Colombia. (trabajo de grado de especialización). Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.
- Zamora, JP, Adarme W, Vanegas EP. (2016). coordinación en redes de suministro de medicamentos. caso aplicado al sector salud colombiano. Revista EIA. 13(25), 171.183.
- Useche, B. (2017). La política de atención integral en salud (País) y el rol de las EPS. Deslinde Salud, 34-43.
- Henoa S, Quintero S, Echeverri J, Hernández J, Rivera E, López S. Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. (2016).Rev. Fac. Nac. Salud Pública; 34(2): 184-192. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07
- Ministerio de Salud y Protección Social. (enero de 2016). Política de Atención Integral en Salud.
- Moreno, G. (2016). El nuevo modelo de Atención Integral en Salud –MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema? Rev. Méd. Risaralda; 22 (2): 73 – 74.
- Mojica, Jerlin. (2014). Manual de buenas prácticas para la atención y seguridad del paciente. Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.
- Faisury, D & Oliveros, M & Rivera, I & Ruiz, D. (2012). *Programa de seguridad del paciente reporte y gestión de eventos adversos terapia respiratoria unidad de cuidado intensivo adulto*

fundación hospital san jose guadalajara de Buga. (tesis de especialización). Universidad católica de Manizales, Regional Buga.

Ministerio de salud y protección social. (2008). Política de seguridad del paciente y una guía técnica de buenas prácticas en seguridad.

Rodríguez, Y. (2014). *Causas de ocurrencia de evento adverso relacionado con la atención de enfermería.* (tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia-Facultad de Enfermería Bogotá, Colombia.

Germán Fajardo-Dolci, José Meljem-Moctezuma, Francisco Javier Rodríguez-Suárez, Juan Antonio Zavala-Villavicencio, Esther Vicente-González, Francisco Venegas-Páez, Esther Mahuina Campos-Castolo, Héctor G. Aguirre-Gas. (2012). Recomendaciones para prevenir el error médico, la mala práctica y la responsabilidad profesional. *Rev CONAMED*; 17(1):30-43.

Pineda, F. (2014). La participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva. *Revista Monitor Estratégico- Superintendencia Nacional de Salud.* (6):10-20.

Gañan, J. (2017). Hacia un nuevo concepto de la inspección, vigilancia y control del derecho a la salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. *Páginas de seguridad social*; 1(1): 123-140.

Restrepo JH, Silva C, Andrade F, Dover, R. (2014) Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*; 13(27): 242-265.

<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys13-27.assa>

Torres, L. (2016). Responsabilidad Administrativa por Falla en la Prestación del Servicio de Salud, (Ensayo). Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.