

**ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD; ALCANCES Y NUEVAS POSIBILIDADES
DE ACCEDER A UN DERECHO FUNDAMENTAL DESDE LA OPTICA DE LA
LEY ESTATUTARIA EN SALUD (LEY 1751/2015)**

LAURA CAROLINA CORREA GONZALEZ

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
SALUD PÚBLICA
MEDELLIN
2017**

**ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD; ALCANCES Y NUEVAS POSIBILIDADES
DE ACCEDER A UN DERECHO FUNDAMENTAL DESDE LA OPTICA DE LA
LEY ESTATUTARIA EN SALUD (LEY 1751/2015)**

LAURA CAROLINA CORREA GONZALEZ

**Trabajo de grado tipo monografía para optar el título de Especialista en
auditoría en Salud**

**ASESOR
EUGENIO AGUDELO ZULUAGA
AUDITOR EN SALUD**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
SALUD PÚBLICA
MEDELLIN
2017**

TABLA DE CONTENIDO

1	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.1	Elección del tema y configuración del problema de conocimiento	4
1.2	Justificación.....	6
2	REFERENTE TEÓRICO Y CONCEPTUAL	7
2.1	MARCO TEORICO.....	7
2.2	MARCO HISTORICO	14
3	OBJETIVOS.....	26
3.1	Objetivo General	26
3.2	Objetivos Específicos	26
4	METODOLOGIA	27
4.1	Descripción	27
4.2	Consideraciones éticas	28
5	ALCANCES DE LA NUEVA LEY	29
6	CONSIDERACIONES.....	40
7	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	42

1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Elección del tema y configuración del problema de conocimiento

El 16 de febrero de 2015, el ministro de Salud y de la Protección social de Colombia (Alejandro Gaviria Uribe) firma la ley estatutaria N° 1751, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, que tiene por objeto garantizar, regular y establecer mecanismos de protección para que este derecho autónomo, irrenunciable y constitucional se respete.

Para comprender la importancia de esta legislatura, se debe detener inicialmente la mirada en la definición de LEY ESTATUTARIA, la cual le da un grado de superioridad sobre las demás leyes, su estudio es prioritario por la naturaleza de los temas que trata y su relación con la constitución política (1) Tienen gran importancia jurídica y requiere revisión previa por parte de la corte constitucional (2)

La salud es comprendida en la constitución política de Colombia de 1991, en el artículo 49, como “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.

El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas están prohibidos, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto. Asimismo, el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las

personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos”. (3)

Desde que entró en vigencia la ley 100 en diciembre de 1993, se ha hablado del aseguramiento en salud, la integralidad de servicios y de la cobertura total para quienes habiten el territorio nacional(4); sin embargo, esto ha sido simplemente papel, pues desafortunadamente y tal vez por falta de planeación o exceso de corrupción, la actualidad es diferente, aunque cada vez se está más cerca de lograr el principio de universalidad, la población afiliada por el régimen subsidiado es mucho mayor a la planeada desde la mencionada ley, inicialmente, se esperaba una afiliación de la población con capacidad de pago superior a la población vulnerable, pero los números se cambiaron y según datos del años 2015, el 97.6% cuenta con algún tipo de afiliación, de ellos, solo el 44.5% de la población cotiza al régimen contributivo; hacen parte del régimen subsidiado el 48.1% y el 5% se favorece del régimen de excepción, lo que hace financieramente insostenible el sistema.

Lo anterior es uno de los mayores temas de discusión en el gobierno actual, razón por la cual se han preocupado por buscar la forma de reestructurar las premisas de la ley 100 de 1993; una de las estrategias o de las innovaciones para ello, es la ley estatutaria 1751/2015, que nace precisamente en respuesta a las necesidades del sector salud. En ella, se enmarcan 10 puntos esenciales que buscan cambiar el rumbo de lo que hasta el momento ya es insostenible, el aseguramiento en salud.

La ley estatutaria abre el camino a entender la salud como un derecho fundamental; a garantizar realmente la atención médica a la población habitante del territorio colombiano, y, a tener en cuenta el factor humano desde la perspectiva no sólo del usuario sino de su proveedor. De esta manera se normatiza lo que la ley define como autonomía médica, permitiendo al profesional de la salud tomar decisiones basadas en su criterio, experticia y conocimiento, sustentando siempre sobre la evidencia científica. (5)

Abre la posibilidad de un sistema más participativo y priorizado, buscando centrar la atención en la población especial y creando grupos de atención primaria, encaminados a una atención preventiva en salud y no curativa.

Con esta compilación de información se busca ampliar el conocimiento e indagar en un punto específico de la ley estatutaria, la atención primaria, que, es el epicentro para lograr mejorar las expectativas de vida de la población y tratar la situación de salud antes que se convierta en un problema; pues si éste se trabaja muy bien, se evidenciará menor demanda de la atención clínica

1.2 Justificación

La ley estatutaria en salud, además de regular el derecho a la salud para la población colombiana y garantizarlo, pretende lograr una estabilidad financiera para el sector, basada principalmente en 2 componentes, el financiamiento, ya que los recursos son finitos y la transparencia de todos los agentes del sistema, autorregulación médica, uso racional de los medicamentos y buen uso de los recursos públicos (6).

Surge entonces también El plan Nacional de Desarrollo (2014 -2018) ley 1753 de 2015, como soporte a la ley estatutaria, enmarcando en el artículo 65 la política de atención integral en salud (7) que se enfoca principalmente en la atención primaria en salud y, la salud familiar y comunitaria.

Con base en esta normatividad, se pretende hacer un consolidado que sirva al lector no solo como guía al momento de consultar, sino que relacione la normatividad con la situación actual del país y enfoque al usuario en un pensamiento crítico.

Este trabajo es factible puesto que no requiere gran presupuesto para ser llevado a cabo y viable, porque se cuenta con el tiempo y la disponibilidad de recurso humano para realizarlo dentro del cronograma establecido.

2 REFERENTE TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1 MARCO TEORICO

El modelo de salud colombiano vigente, nace en la Ley 100 de 1993, como componente del Sistema de Seguridad Social Integral, del que también hace parte el Sistema General de Pensiones, Sistema General de Riesgos Profesionales y Servicios Sociales Complementarios.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, se define como “el conjunto de instituciones, normas y procedimientos que tienen como función esencial velar porque los habitantes del territorio nacional obtengan:

- El aseguramiento de sus riesgos en salud;
- El acceso equitativo a un paquete mínimo de servicios de salud de calidad, y
- Los beneficios de la promoción y protección de la salud pública. En el desarrollo de este servicio público deberán adelantarse actividades de fomento de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.” (4)

El modelo de salud propuesto en esta ley, se enfoca principalmente en un Plan Integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico quirúrgico y medicamentos esenciales, que será denominado el Plan Obligatorio de Salud, al que podrán acceder en primera instancia los afiliados del sistema mediante el régimen contributivo (vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago),

Para los afiliados al régimen subsidiado (personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización) y vinculados (personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado), existirá la atención en salud bajo subsidios del estado y sus condiciones serán iguales a las de la población con capacidad de pago.

“El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan” (Artículo 162 ley 100/1993).

“ARTICULO 165. Atención Básica. El Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud de esta Ley y las acciones de saneamiento ambiental. Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria”.

En este artículo de la ley 100/1993, se expresa de forma concisa lo que es en esta normatividad el modelo de atención en salud, enfocado en una atención básica, buscando mediante campañas nacionales prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles, lo que al compararla en la actualidad con las necesidades de la población la hace muy vacía, no basta solo la educación al paciente, si no hay un seguimiento, si no hay una visión donde prime el usuario y sea sus necesidades lo más importante para el sector.

De cierta manera, al tener un modelo de atención funcional basado en educación y en busca de una vida sana, evitando que el paciente enferme, y si lo hace no sea de gravedad, no solo satisface al usuario, sino que contiene el costo médico y fortalece financieramente a las organizaciones. El sistema de salud debería girar en torno a un ambiente de prevención y no de reacción.

La atención primaria en salud (APS) ha sido un tema de debate a nivel mundial, que ha sufrido una serie de transformaciones conceptuales desde su aparición en la declaración en alma ata de 1978 hasta la actualidad; para empezar, la APS surge de la necesidad de actuar de forma urgente en la protección y promoción de la salud de la población mundial por parte no solo de los gobernantes sino de todo el personal de salud y la misma comunidad, precisando que la salud es un derecho humano fundamental y no debe ser únicamente responsabilidad del sector salud. (8)

La meta que se pretende alcanzar mediante la APS según la declaración de Alma Ata es *“Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”*(9).

En esta, también se define el término de atención Primaria en salud, indicando; *“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente*

aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria...

... Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas; comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;" (9)

El concepto de niveles de atención se basa en un análisis epidemiológico de los problemas de salud, la consideración de los recursos tecnológicos y de la relación entre complejidad y frecuencia de los mismos; de esta forma, un sistema conformado por distintos niveles de atención se conforma; Un primer nivel de atención que hace referencia a acciones más elementales o básicas del sistema; y, el segundo y tercer nivel de atención se refieren a agrupaciones de respuestas de diferente grado de complejidad y especialización ascendente que actúan sobre la base de referencia detectada en el primer nivel de atención.

De esto, nace la referenciación hacia los niveles como una categorización de servicios que se complementan y articulan entre sí, permitiendo suplir la atención de todas las necesidades de la comunidad.

"Desde la Declaración de Alma Ata no han sido pocas las resistencias y obstáculos que ha encontrado la APS, lo que se ha traducido en que los resultados obtenidos por ella en los distintos países han sido disímiles y en que la meta de "Salud para todos en el año 2000" siga siendo tan lejana como entonces.

La falta de decisión política, los costos excesivos, la dificultad para producir cambios institucionales, la imposibilidad de disciplinar a todos los actores del sector salud en torno a un sistema único articulado por una estrategia única, fueron algunos de los factores que obstaculizaron, particularmente en América

Latina, la puesta en marcha de una APS integral como lo propiciaba OPS-OMS.

A esto debe sumarse que, a partir de los inicios de la década del '80, comienza a hacerse dominante en el mundo la perspectiva neoliberal en relación al rol del Estado y de sus políticas sociales. En este contexto, pensar la política de salud en términos de sistemas nacionales, en donde el Estado asume un rol preponderante y cuyas políticas de carácter universal tienden a alcanzar una cobertura del 100% de la población como lo propone la estrategia de APS, se transforma en una visión de la política sanitaria carente del consenso social y político necesario para su implementación.” (8)

Con el auge del neoliberalismo y la globalización, los promotores de este sistema aseguran que se conseguirá un crecimiento económico importante, defendiendo el libre comercio, como una puerta de entrada a la riqueza, garantizando una mejor calidad de vida por el mejoramiento de los ingresos, lo que supone mayores recursos para la salud y educación; sin embargo, los países en desarrollo son cada vez menos desarrollados pobres y ahora dependientes.(10). Se desvirtuó esta premisa, toda vez que la crisis económica global es producto directo del modelo neoliberal. Se origina, a partir de agosto de 2007, después de alto auge de la economía en general y en particular cuando las instituciones financieras estadounidenses adquirieron préstamos malos hipotecarios o inmobiliarios y los convirtieron en riesgosos títulos de valores que fueron adquiridos por inversionistas y otras entidades financieras del mundo a través de la bolsa de valores, mientras el sector de la construcción e inmobiliarias crecieron deliberada y aceleradamente aumentando sustancialmente sus ganancias especulativas.

“La humanidad nunca antes había contado con tantos recursos para mejorar el estado de salud de la población y para alcanzar las pretenciosas metas proyectadas por organismos internacionales. La economía de la salud mundial está creciendo un ritmo mayor que el PIB lo que supone un crecimiento del gasto mundial en salud de 35% en un período de cinco años. Por un lado, los conocimientos en materia de salud están creciendo rápidamente y la revolución tecnológica está multiplicando las posibilidades y potencialidades de mejorar la salud y transformar la cultura sanitaria y por otro, está surgiendo una rectoría mundial de compromiso de eliminar la pobreza, como demuestran los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, los notables progresos registrados en el ámbito de la salud en las últimas décadas han sido muy desiguales con una sustancial mejoría en una minoría de países y al mismo tiempo que la mayoría de los países están quedando cada vez más rezagados”.(10).

Dentro de las desigualdades se destacan:

- La salud y educación, se comportan como una prestación que requiere de pago previo para acceder a ellas. (condicionada a los gobiernos por el Banco Mundial)

- Cuando la población carece de protección social, debe recurrir a sus ingresos propios para costear sus gastos por enfermedad. Costos generalmente elevados, logrando empobrecer cada día más a la sociedad, aumentando los riesgos a sufrir enfermedades infectocontagiosas y desnutrición.
- Aunque la tecnología en salud ha crecido magistralmente en este tiempo, la mayoría de población en países en vía de desarrollo no puede acceder a ella por su incapacidad económica.

Concluyendo frente al sistema neoliberal, se puede mencionar que impuso al mundo un desnivel económico entre los países desarrollados y los subdesarrollados, se incrementaron los niveles de pobreza en este último, así como una desigualdad muy marcada en los presupuestos destinados a la salud, además, sufren de acceso insuficiente y poca inversión en temas de investigación científica para las enfermedades que causan mayor mortalidad mundial.

Desde inicios de la década del '90 los organismos financieros internacionales (Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Banco Mundial), han promocionado a la APS como estrategia de reforma y fortalecimiento de los sistemas de salud regionales en un sentido claramente selectivo. En este contexto, la APS pasó a ser sinónimo de programas sanitarios compensatorios o de emergencia destinados a los llamados "grupos vulnerables" de la población y se transformó en una herramienta central en los programas de atención a la pobreza extrema.

La estrategia de APS, tal como fue planteada inicialmente no pudo ser implementada, tanto por razones imputables a las características del sector, como por razones externas al mismo. Esto, generó que la APS haya sido redefinida y operacionalizada de las más diversas formas, pero siempre en un sentido contradictorio al del paradigma de Alma Ata. El concepto de APS ha sido interpretado así, en los últimos 25 años, como prevención primaria sin atención, primer nivel de atención, puerta de entrada al sistema de salud, paquete básico de prestaciones para población vulnerable, atención para pobres, atención basada exclusivamente en la comunidad y atención primaria de baja sofisticación y calidad inferior. (8)

Colombia no se ha quedado atrás con este movimiento de orden mundial, es así como refuerza su modelo de salud basado en "atención básica" a "atención primaria en salud en el año 2011, cuando publica la Ley 1438/2011, con la cual se reforma el sistema General de Seguridad social en Salud, fortaleciéndolo, creando un ambiente sano y saludable, pero sobre todo equitativo e incluyente; adicional a la modificación del modelo de salud, esta norma, pretende unificar el plan de beneficios para todos los afiliados sin importar su tipo de contrato o contribución al sistema.

Esta resolución, propone el bienestar del usuario como eje central y articulador para las políticas de salud dictadas en el territorio colombiano. “Para esto, concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros”. (11).

El artículo N° 12 de la Ley 1438 de 2011, sobre la atención primaria en salud, indica que la APS es una *“estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Para el desarrollo de la atención primaria en salud el Ministerio de la Protección Social deberá definir e implementar herramientas para su uso sistemático como los registros de salud electrónicos en todo el territorio nacional y otros instrumentos técnicos”*. (11).

Con esta legislatura se pretendió cambiar el modelo de salud en Colombia; sin embargo, no fue tan exitoso como se esperaba; los altos niveles de corrupción y la falta de organización política, se convirtieron en grandes barreras que impidieron el desarrollo del sistema.

Para el año 2015, el Ministro de Salud y de la Protección Social, Alejandro Uribe García, firma la aprobación de la nueva ley Estatutaria de Salud, ley 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, enmarcada en 10 claves o enfoques, los cuales deben ser desarrollados uno a uno para lograr el tan anhelado cambio a nuestro sistema; los temas a tratar son:

- Atención primaria en salud; priorizando a la población especial
- Participación en decisiones del sistema, enfocado principalmente al usuario
- Redes de servicios: redes integrales públicas, privadas o mixtas
- Prohibición de la negación del servicio: manifiesta que se eliminen las autorizaciones administrativas para atención por urgencias, y en caso de negación del servicio, la IPS deberá someterse a sanción penal
- Prestación de servicios POS: se eliminará el POS y ahora los afiliados podrán acceder a todos los servicios sin tener que pasar por una aprobación superior. Para la entrada en vigencia de esta premisa, la ley establece un periodo de 2

años.

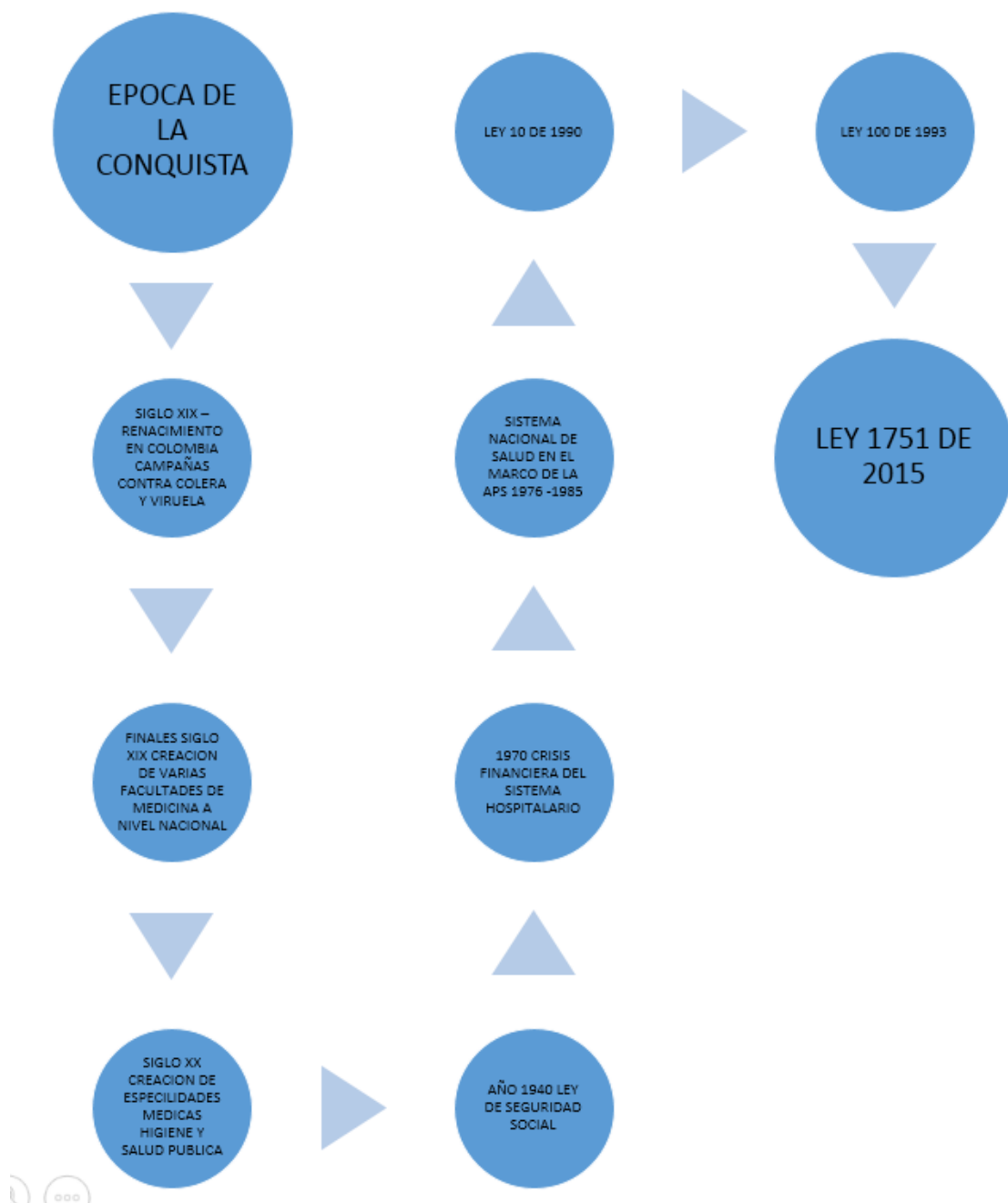
- Autonomía médica: enfocado en ofrecer garantías laborales y estabilidad a los empleados, así como labores justas y dignas.
- Resolución de conflictos por parte de profesionales: para discrepancias por manejo médico o terapéutico generadas como consecuencia a la atención.
- Política farmacéutica: Regulación económica mediante políticas farmacéutica nacional
- Servicio en zonas marginadas: En estos lugares no hay rentabilidad económica sino social
- Destinación e inembargabilidad de los recursos: aplica para los dineros públicos, que no podrá ser destinados en fines diferentes a los previstos.

El tema fundamental desarrollado en esta compilación de información es la atención Primaria en salud, cuya pretensión esencial es proveer a la sociedad asistencia integral con el mejor aprovechamiento de los recursos y el máximo de calidad esperado, garantizando un cuidado establecido en la familia y su comunidad, buscando un impacto favorable en la población objeto, visualizando a la persona como un ser cultural.

Después de más de 5 años de contar con la Ley 1438/2011, sale a la luz pública la ley estatutaria en salud que deja muy clara la finalidad de esta norma y focaliza su atención en cada uno de sus 10 pilares, a fin que realmente se cumpla cada una de las palabras escritas en el documento y se llegue a gozar de la salud como derecho fundamental autónomo e irrenunciable.

2.2 MARCO HISTORICO

Es importante revisar la historia de la salud en Colombia, para lograr comprender la razón del modelo actual y cuál es la carga pasada que trae la nueva legislación.



EPOCA DE LA CONQUISTA:

Antes de la conquista, en la época indígena, existió una medicina pre técnica mágica religiosa, practicada por un chamán, basada en ritos y aplicación de yerbas medicinales, con carácter psicológico, que indudablemente cumplió con su misión, durante siglos. Posterior a ello, en la colonia y la conquista (12), aunque parecía una época sin resolutiveidad para el tema de salud en Colombia, a mediados del siglo XVIII, el sabio sacerdote y médico Jose Celestino Mutis, surge en la historia como el precursor del primer plan de estudios y programa de docencia oficial de la medicina en la entonces Nueva Granada, dando clases en la aun existente universidad del Rosario en santa Fe (actual Bogotá).

No obstante, y debido a su gran conocimiento y curiosidad, su biógrafo el señor Gonzalo España, lo considera el Padre de la Salud Pública de la Nueva Granada, pues logró poner en marcha la inoculación como mecanismo preventivo de la viruela y varias medidas de salubridad principalmente en la ciudad de Santa Fe de Bogotá donde fue residente (13).

Aunque el objetivo social de la medicina -prevenir y enfrentar la enfermedad- no cambió durante la Colonia, ni se ha cambiado aún en la medicina contemporánea, el cuerpo de conocimientos y de medios para la acción, así como la forma de enseñar esta técnica, sí se modificó en la medicina neogranadina de la época pre-revolucionaria.

En esta época se fundaron también algunos hospitales como; Centro Nacional Universitario Hospital San Juan de Dios - Instituto Materno Infantil (fundado en 1723 en Santafé de Bogotá), referencia para la historia por ser conocido como el principal centro de salud pública, y de investigación científica médica. Clausurado en 2001.

SIGLO XIX RENACIMIENTO Y BARROCO EN COLOMBIA:

Se iniciaron campañas contra la viruela, el cólera, el paludismo, la fiebre amarilla, la lepra y el bocio. Se destacaron en esa bienhechora misión algunos médicos como José Félix Merizalde y Benito Osorio.

Mutis se había inspirado en las reformas ilustradas de la educación médica impulsadas por Hermann Boerhaave en Holanda y luego por sus discípulos De Haen, Van Switen, Cullen, Gorter y Von Haller, entre otros, en varios países de Europa, y por Pedro Virgili, Juan Lacomba, Pablo de Olavide, Gregorio Mayans y otros más en España. Bajo la tutela de Miguel de Isla, hermano de la Orden de San Juan de Dios, recomendado por Mutis para regentar esa nueva cátedra, se formó en Santafé una pléyade de galenos que vino a conformar un primer cuerpo médico autóctono.

Isla murió en 1807 y fue reemplazado por Vicente Gil de Tejada, quien continuó con la labor docente. Pero la cátedra fue cerrada durante las alteraciones del orden público ocurridas a partir del 20 de julio de 1810 y, sólo hasta 1812, el médico Gil de Tejada pudo retomar sus actividades de enseñanza, aunque por corto tiempo, pues cayó enfermo en 1813 y tuvo que ser reemplazado por Benito Osorio.

A este espacio de formación médica se le unió, en 1813, una nueva Cátedra de Medicina, fundada en el Colegio de San Bartolomé por José Félix Merizalde, discípulo de Gil de Tejada. En el plan de estudios de esta nueva cátedra figuraba un grupo de textos escritos por profesores franceses que, al menos en la teoría, venían a complementar las doctrinas boerhaavianas enseñadas por Isla, Gil de Tejada y Osorio. No obstante, en la práctica no hubo ningún cambio significativo en la orientación general de la enseñanza médica, con respecto a la orientación que le había impuesto Mutis: cinco años de estudios teóricos y luego tres años de práctica en el Hospital de San Juan de Dios. Esta práctica hospitalaria también seguía los derroteros puestos en marcha por Boerhaave en su Escuela de Medicina de Leyden. Este médico holandés había acondicionado una de las enfermerías del primer piso del Hospital de Santa Cecilia, en Leiden, en 1714, para realizar sus enseñanzas clínicas dos veces por semana en compañía del médico de la ciudad y de los estudiantes. Allí ubicaba a los pacientes que tenían los cuadros clínicos más típicos de las distintas dolencias para que los estudiantes, después de haberse aprendido toda la teoría de la medicina, pudieran, en sus últimos años de formación, ir a “verlos” y aprender así las características típicas de cada enfermedad.

La Reconquista condujo a un nuevo cierre de ambas cátedras y convirtió al Colegio del Rosario en prisión de patriotas. Los médicos neogranadinos fueron apresados o desterrados y otros obligados por Morillo a prestar servicios gratuitos en el Hospital. Por la fuerza, el Pacificador organizó una Academia de Medicina en la que se obligó a los galenos santafereños a discutir algunos temas, bajo la dirección de Pedro Fernández de la Reguera, médico de cabecera de Morillo. Después de la batalla de Boyacá, Bolívar y Santander reconfirmarían a Benito Osorio y a José Félix Merizalde como catedráticos de medicina en el Rosario y en San Bartolomé, respectivamente, no obstante, no se han encontrado documentos que den cuenta de la enseñanza médica en el Rosario y en San Bartolomé durante esos años y hasta 1826, cuando Santander creó la Universidad Central de Bogotá y Bolívar, en 1827, la del Magdalena e Istmo.

En el año XII de la Revolución, a partir de las propuestas de Pierre Jean Georges Cabanis (1757-1808), se construyó una nueva concepción de la clínica que vinculó a la medicina con el hospital y con la asistencia a la población desvalida: se estableció que la enseñanza teórica debía ser completada con una experiencia clínica, *“estructura mucho más fina y compleja en la cual la integración de la*

experiencia se hace en una mirada que es al mismo tiempo saber, es decir, que es dueña de su verdad, y libre de todo ejemplo, incluso si ha sabido por un momento aprovechar de él. Se abrirá la práctica a los oficiales de salud, pero se reservará a los médicos la iniciación a la clínica”.

Era necesario encontrar, tanto para el mantenimiento de los hospitales, como para la enseñanza de la clínica médica, una estructura hospitalaria “compatible con los principios del liberalismo y la necesidad de protección social, entendida de una manera ambigua como la protección de la pobreza por la riqueza y la protección de los ricos contra los pobres”

En la Nueva Granada, como república independiente, habría que esperar hasta 1826, para que con la fundación de la Facultad de Medicina de la Universidad Central se iniciara este proceso, el cual sólo se consolidó de una manera firme cuando en 1865, ya en los Estados Unidos de Colombia, los médicos colombianos, ahora formados en Francia, con Antonio Vargas Reyes a la cabeza, se retiraron de la Facultad de Medicina del Rosario y fundaron la Escuela Privada de Medicina, orientada en su totalidad, desde la perspectiva de la medicina anatómico - clínica. Esta escuela prolongó su existencia en la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional de los Estados Unidos de Colombia a partir de 1867 (15).

SIGLO XX HIGIENE Y SALUD PÚBLICA

Desde el principio de la República se dictaron medidas encaminadas al saneamiento del medio ambiente, el control de algunas enfermedades y la vacunación contra la viruela, pues la variable topografía del suelo colombiano, implica una gran complejidad en el perfil epidemiológico y de no tomarse medidas de impacto a tiempo, los habitantes estarían en riesgo a desaparecer.

La Sanidad Pública, como rama del Gobierno Nacional, se organizó en el año de 1887 y se expidió la Ley 30, por medio de la cual se creó la Junta Central de Higiene, integrada por tres médicos y un profesor de ciencias naturales. Así mismo, se crearon las Direcciones Departamentales de Higiene, cuyas disposiciones debían ser acatadas por las autoridades respectivas; se dictan los primeros acuerdos y leyes que tocan temas de medicina y salud. Así pues, el Acuerdo Número 7 de 1905, acordó que no podían fundarse casas de salud, hospitales particulares y otros establecimientos, sino con el permiso previo de la Junta Central de Higiene o la respectiva Junta Departamental de Higiene. Posterior a ello, aparecen las regulaciones por parte del congreso de Colombia frente a la importación de fórmulas farmacéuticas.

Hacia los años 30's, se dictamina mediante la ley 35 de 1929 que no podrán usar el título de doctor, en lo relacionado con la medicina y la cirugía, sino aquellos profesionales que tengan su respectivo diploma, expedido por una facultad

nacional o extranjera, refrendado por el Ministerio de Educación Nacional y aprobado por la Junta General de Títulos Médicos (15).

LEY DE SEGURIDAD SOCIAL

La preocupación por garantizar seguridad a los trabajadores en sus empleos, empieza gracias a las huelgas de trabajadores del ferrocarril del Norte en 1919, cuando exigieron atención médica en caso de accidente o enfermedad durante la ejecución de sus labores.

El Estado daba poca importancia a la política sanitaria, y solamente en época de crisis le otorgaba alguna prioridad, sin establecer una política de salud eficiente. Las clases populares y los campesinos se resistían a aceptar los beneficios de la medicina de los profesionales y preferían los servicios de los curanderos, hasta que con el tiempo se les fue demostrando la superioridad de los servicios sanitarios de los profesionales de la medicina(15).

Tratando ya el tema de la seguridad social en Colombia, talvez la primera persona que habló de seguridad social fue el libertador Simón Bolívar en su discurso de Angostura en febrero de 1819, cuando manifiesta: "El sistema de gobierno más perfecto es el que comparta mayor cantidad de bienestar, de seguridad social y de estabilidad política". En este fragmento, deja la puerta abierta a que se genere preocupación por la seguridad del pueblo, iniciando el recorrido con las fuerzas militares, amparando a las familias de éstos cuando durante el combate pierden la vida.

Se inicia entonces la reglamentación frente a seguridad y protección para las familias desamparadas a consecuencia de las guerras para la época de la independencia. A comienzos del siglo XX, las intenciones frente a seguridad social gira entorno a la creación de los regímenes de pensiones por jubilación a favor de los magistrados principales mayores de 60 años y posteriormente, se crean también los fondos de pensiones para las familias de los militares caídos en combate.

La parte importante de este proyecto está en la cobertura familiar en los servicios asistenciales y en la unificación del campo de aplicación, pues de manera expresa ordena que ingresaran a ella todos los asalariados, sean oficiales o particulares, que trabajen dentro del territorio de la República y cuyo salario sea hasta de dos mil cuatrocientos pesos anuales (16).

En 1904, el general Rafael Uribe Uribe escribió la conferencia "Socialismo de Estado", en la que reafirmó el principio de Seguridad y Bienestar Social como la limitación laboral a 8 horas diarias de trabajo, la prohibición de trabajar a los niños, la limitación de horas de trabajo para las mujeres, las condiciones de salubridad

en los establecimientos de trabajo y el reposo dominical obligatorio. Pero en realidad éstas eran reivindicaciones al Derecho del Trabajo y no de la Seguridad Social.¹¹ Posteriormente, la Ley 57 de 1915 consagró las indemnizaciones por accidentes de trabajo, la Ley 37 de 1921 estableció el seguro colectivo para trabajadores, la Ley 68 de 1922 estatuyó la pensión de jubilación, la Ley 86 de 1923 la incapacidad de seis meses para trabajadores enfermos, la Ley 15 de 1925 la protección infantil y la Ley 53 de 1938 la enfermedad no profesional y la maternidad (17).

Sin embargo, es solo a mediados del siglo XX cuando la seguridad social adquiere un perfil normativo a nivel mundial; En Alemania se originó la política de la seguridad social para mejorar las condiciones sociales y económicas de los trabajadores de las empresas. En Francia, se originó el tema de los subsidios familiares derivados de la misma política de seguridad social. Colombia, también reguló este tema para la misma temporada, no obstante, solo hasta la expedición de la ley 100 de 1993, la seguridad social se estructuró como un sistema organizado y coherente.

Antes de la ley 100 de 1993, la Seguridad Social en el país tenía identificados seis subsistemas: la Asistencia Pública, conformada por el Sistema de Salud para la población en general, con recursos del Estado; el Seguro Social, constituido por el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, para atender la enfermedad y la maternidad, la invalidez, vejez y muerte y los riesgos profesionales en los trabajadores del sector privado; la Previsión Social, régimen de protección administrado por las Cajas de Previsión Social, para dar servicios a los trabajadores del Estado; el Subsidio Familiar, constituido por las Cajas de Compensación Familiar y la Caja de Crédito Agrario, para aliviar las cargas familiares de los trabajadores y sus familias; Asistencia Social, conformada por instituciones creadas para atender las necesidades sociales de la población más vulnerable, y otras formas de protección, públicas y privadas, para dar beneficios de protección social y salud, entre otros (17).

Seguridad Social significa apoyo integral del pleno empleo, la vivienda digna y la distribución justa y equitativa de la riqueza, protección, en suma, contra las contingencias económico-sociales y el derecho a una mejor vida con igualdad de oportunidades.

Si bien las Asignaciones Familiares y subsidios tienen sus antecedentes en Francia y son una prestación de la doctrina del Estado Social de Derecho, sus orígenes se encuentran en el movimiento social católico, pues fue el papa Leon XIII, quien en su encíclica *Rerum Novarum*, del 15 de mayo de 1891, promovió la fundación de sindicatos cristianos, cooperativas, círculos de obreros, uniones de campesinos y universidades populares. Su propósito no era otro que demostrar que el socialismo y el comunismo doctrinarios eran dos falsos sistemas sociales; 40 años después, el papa Pio XI promulga en su encíclica *Cuadragésimo Anno*³⁰

y seis años después la Divini Redemptoris (19 de marzo de 1937) el mismo propósito de favorecer las clases menos favorecidas y dignificar su condición moral.

Si se tienen en cuenta estos antecedentes de la doctrina social de la Iglesia, combinados con los del Estado Social de Derecho, cuando se implementó el Subsidio Familiar en Colombia en el año de 1957 era claro que estos principios habían tenido una amplia difusión no sólo en el país sino en todas las naciones tanto del orbe cristiano como de influencia europea. El Decreto Ley No. 118 de 1957, expedido por el gobierno de la Junta Militar, estableció el Subsidio Familiar Obligatorio en Colombia.

CRISIS FINANCIERA DEL SISTEMA HOSPITALARIO:

A mediados del siglo XX, el subsistema público de salud de Colombia, seguía siendo principalmente sostenido por la caridad y donaciones; razón por la cual, hablar de un sistema regulado o equitativo era una fantasía, los colombianos más pobres no conocían el acceso a la salud y simplemente si requerían algún servicio era necesario adquirir de forma particular la mayoría de él, pues la donación no alcanzaba para todos y había que priorizar y minimizar costos, incluso poniendo en riesgo la vida misma de los mas desprotegidos. Por el año de 1975, el gobierno Nacional, en busca de soluciones a esta dificultad de acceso a la salud, implanta el Sistema Nacional de Salud, con el único ideal de intentar racionalizar y unificar los organismos públicos y privados de prestación del servicio de salud (15).

Llegando los años 80's la planta de hospitales empezó a incrementar, en respuesta a la ampliación de cobertura por el sistema Nacional de salud, sin embargo, debido a la crisis fiscal que tuvo impacto importante en Colombia en su primer periodo 1974 y 1982, por el incremento de la deuda externa en respuesta a la expansión de gastos relacionados con la entrada de recursos del exterior;(18) fue necesario hacer contención económica, ocasionando una reducción de la asignación de recursos por presupuesto nacional a más de la mitad, pasando del 8% a incluso menos del 4% en los años siguientes, generando sin duda alguna el deterioro del sector (19).

SISTEMA NACIONAL DE SALUD 1975 EN EL MARCO DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD:

El Sistema de Salud colombiano se compone hasta entonces de 3 subsectores; oficial, Seguridad social y privado; quienes contrario a agruparse y alinearse, avanzaron en el tiempo de forma individual y descentralizada. Mientras tanto en el mundo se trazó una meta a miras del cambio de milenio que se aproximaba "Salud para todos en el año 2000 SPT-2000" con la estrategia Atención Primaria en Salud (APS) (20).

El 15 de Enero de 1975, nace en manos del entonces presidente de la república Alfonso López Michelsen, el decreto 056/1975, el cual define el Sistema Nacional de Salud como un conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación; así como su modo de operación, entrada en vigencia y articulación de los subsistemas (inversión, información, planeación, suministros y personal) en todos los niveles (Nacional, seccional y local) (21)

El esquema de organización y operación del SNS, incluía los subsistemas Salud, pensión y riesgos profesionales, sin embargo, no lograban articularse ya que el ministerio no tenía poder regulatorio sobre el sector privado y tampoco injerencia en la orientación del Instituto de Seguridad Social ISS. La población estaba separada en grupos de acuerdo con su capacidad de pago, lo que hacía un sistema desigual y nada equitativo; no había fondo de solidaridad para los menos favorecidos (70% de la población total para esa época) quienes además por sus condiciones socioeconómicas eran quienes mayores problemas de salud presentaban, y tan solo el 50% de los recursos asignados eran de destinación para los pobres. En general, el gasto de bolsillo de las familias representaba más del 50% del gasto en salud en 1992; eso sin contar con que los más pobres de la población gastaban el 18% de sus ingresos en el pago de hospitales, médicos y medicamentos, en contraste los más ricos que dedicaba menos del 0.5% de sus ingresos.

Los costos de servicios, se convirtieron en barreras de acceso para los pobres, incluso mayor que la falta de médicos o de locación; tanto así que, en el mismo año 1992, cerca del 35% de la población pobre enferma no pudo recibir atención médica y cerca de 200.000 niños nacían sin asistencia de salud. Los recursos se asignaban generalmente a las ciudades y municipios con mayor nivel de desarrollo, situación que también muestra la brecha de desigualdad, pues en esos lugares es donde más se concentra la población con capacidad de pago, dejando completamente desprotegidos a quienes habitaban las ruralidades más apartadas.

En resumen, el Sistema Nacional de Salud (SNS) enfrentaba enormes dificultades para hacer realidad el derecho de todos los colombianos a la protección social consagrada en la Nueva Constitución de 1991. Cerca del 80% de la población no contaba con un seguro de salud y el 25% no tenía acceso a ningún tipo de servicios de salud. El sistema funcionaba de manera desarticulada, era excluyente, altamente inequitativo, ineficiente y de muy dudosa calidad.

La Constitución garantiza el derecho de todos los colombianos a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Plantea, así mismo, que la organización de los servicios de salud debe llevarse a cabo de manera descentralizada, por niveles de atención, con participación de la comunidad y

siguiendo los principios clásicos de la seguridad social: universalidad, solidaridad y eficiencia. (19)

La APS entra a Colombia con el SNS en un modelo de atención brindado por las llamadas Unidades Primarias de Atención (UPA), en las que se desarrollaban actividades de asistencia médica con promotoras y personal auxiliar de salud, suministro de medicamentos formulados, educación nutricional, vacunación y vigilancia epidemiológica, promoción de la construcción de sistemas de abastecimiento de agua e instalación de filtros caseros, educación para la disposición de basuras, control de zoonosis y mejoramiento de la vivienda.

Adicional a ello, se construyen programas que buscan participación activa de la comunidad, tal es el caso del programa VIGIA DE LA SALUD, que articula el sector educativo con el de salud, a partir de la educación en salud brindada a estudiantes de último grado de bachillerato; lastimosamente, estos programas no dieron mucho resultado, por lo que la APS solo logró desarrollo en el sector Salud, tornándose como APS selectiva, es decir enfocada solo a los más pobres, enfocado en las ruralidades, ofreciendo servicios limitados de lo que hoy conocemos como Promoción de la salud y prevención de la enfermedad (lactancia materna, control de crecimiento e inmunización). (22)

LEY 10 DE 1990:

Mediante esta ley, se reorganiza el Sistema Nacional de Salud; que busca la descentralización del Sistema Nacional de Salud que regía desde 1975; en ésta se manifiesta que el servicio de salud debe ser público y gratuito en todos los niveles para la totalidad de la población que viva en Colombia. Establece la obligatoriedad a las instituciones que presten servicios de salud que deben prestar atención inicial de urgencias a todas las personas que lo requieran independiente de su capacidad de pago.

Los principios por los que se regirá a partir de ese momento el Sistema Nacional de Salud son universalidad, participación ciudadana y comunitaria, subsidiariedad, complementariedad e integración funcional.

En la ley 10/1990, se establece la operabilidad de todas las instituciones de salud, sean públicas o privadas, documentos reglamentarios, organización administrativa de cada entidad y exigencias básicas, programas de capacitación y un programa de estímulos para las entidades que se acojan a la estructura señalada, el cual será aplicable con base en los resultados de la evaluación de gestión certificada por la superintendencia Nacional de Salud (Art. 25 ley 10/1990) (23)

Esta ley hace el que sería el acercamiento a la APS propuesta en aquella época para Colombia, organizando los Sistemas Locales de Salud (SILOS), buscaban articulación de los sectores públicos y privados, hospitales y comunidad, y

personas con su entorno. Así mismo, nacieron programas de manejo integral y por etapas del ciclo vital. Estos SILOS, se integraron con estrategias de promoción en salud, logrando entonces junto con otros programas la mayor interacción de la población con el sistema de Salud. (22)

LEY 100 DE 1993

Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral, cuyo objeto es *“Garantizar derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para tener calidad de vida acorde con la dignidad humana mediante las contingencias que la afecten”*.

Se organiza en 4 libros, cada uno definiendo un sistema de protección y garantías a la sociedad desde diferentes coberturas y contextos. Y un quinto libro que habla de las disposiciones finales de la norma

- **LIBRO I: SISTEMA GENERAL DE PENSIONES:** Pretende garantizar amparo económico por condiciones derivadas de vejez, invalidez y muerte, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones manifestadas en esta ley. La afiliación a este sistema será obligatoria para los empleados dependientes y de forma voluntaria para empleados independientes, con trabajo informal, y, personas naturales que habiten en el país, así como los colombianos que residen en el exterior
- **LIBRO II: SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD:** Busca regular el servicio público esencial de la salud y crea condiciones de acceso en toda la población en todos los niveles de atención. Se fundamenta en 9 principios a saber:
 - Equidad
 - Obligatoriedad
 - Protección integral
 - Libre escogencia
 - Autonomía de instituciones
 - Descentralización administrativa
 - Participación social
 - Concentración
 - Calidad

Con la ley 100 de 1993, se le da apertura a un modelo de salud completamente diferente a lo que se conocía en el país, la estructuración, organización y enfoque de este sistema busca principalmente hacer obligatorio un servicio que hasta la fecha solo era para quienes tenían mayor poder adquisitivo y era tenido en cuenta como una caridad para los más necesitados. El tipo de

afiliación de los usuarios depende de su capacidad de pago, pues este modelo de salud es de solidaridad y pretende que la equidad prime por encima de todo. Con esta ley nace el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD.

- LIBRO III: SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES: Pretende brindar atención especial y amparo económico en los accidentes causados en el ámbito laboral o enfermedades adquiridas a razón del ejercicio de la profesión.
- LIBRO IV: SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS: Se establecen programas de auxilios, prestaciones especiales por vejez, planes locales de servicios y subsidios de desempleo.
- LIBRO V: DISPOSICIONES FINALES: Basadas en disposiciones presupuestales y manifiesta que la seguridad social procurara ser universal para la población colombiana (4)

La ley 100/1993, en relación con la APS, genera un retroceso, pues el modelo planteado, no estima la APS como una fuente de servicio, sino que se fundamenta en la Salud Pública y crea el POS, que incluye un sinnúmero de beneficios enfocados al tratamiento de la enfermedad, por el que, además se debe pagar una cotización para su acceso.

Los SILOS desaparecen en los siguientes años de vigencia de la ley, y, aunque con los años se intentó articular actividades de Promoción y prevención, no han mostrado resultados en cuanto a estructura se trata.

Ha habido intentos a lo largo del tiempo por incluir estrategias de APS dentro de la reglamentación del sistema; entre ellos;

- Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud: *“la identificación, sistematización, divulgación y apoyo de estrategias innovadoras en el campo de la atención primaria, salud familiar y/o salud comunitaria”*
- En la Ley 1122 de 2007: Crea el Plan Nacional de Salud Pública; éste incluye *“los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria”* (22)

PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA 2011 – 2021 (PDSP)

Producto del Plan Nacional de desarrollo 2010 – 2014, buscando reducir la inequidad, buscando alcanzar un goce efectivo del derecho a la salud y mantener cero tolerancias en temas de mortalidad, morbilidad y discapacidad a causa de sucesos evitables.

Su mayor objetivo es lograr la integralidad del individuo con su entorno y garantizar un completo bienestar, dando respuesta a la definición de salud según la OMS. El PDSP se basa en 3 enfoques complementarios y un modelo explicativo;

- Enfoque de derechos: Tomando la salud como un derecho universal de acuerdo con la constitución Política de Colombia, y que, con el cumplimiento de éste, se hace extensivo a otros derechos.
- Enfoque diferencial: Equidad e inclusión de los individuos, identificando diversidades propias, tipificando la población de acuerdo con características sociodemográficas.
- Enfoque poblacional: Define relación entre aspectos demográficos, ambientales sociales y económicos a fin de identificar ventajas y desventajas
- Modelo que adopta: Determinantes Sociales de la salud *“situaciones que hacen parte del bienestar, calidad de vida y desarrollo humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas”*. Usando como base la propuesta de la OMS, orientando el PDSP a 3 fines:
 - Equidad social
 - Cambio del enfoque de la gestión en salud
 - Mejorar las condiciones de vida y salud de las personas.

La meta de este Plan Decenal, es integrar todos los sectores con la salud para lo cual, se perfilan 2 ejes de acción que se cruzan:

- Dimensiones prioritarias: Aspectos fundamentales para lograr el completo bienestar del individuo y de esta manera garantizar su salud.
- Dimensiones transversales: Desarrollo de competencias a cargo de entidades nacionales y territoriales del sector salud.

A su vez, se definen 3 líneas operativas o ejes, para accionar las dimensiones; mismas que centralizan y resumen la meta del plan decenal de salud pública 2011 – 2021. Estas son:

- Promoción de la salud
- Gestión del riesgo en salud
- Gestión de la salud pública (24)

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Consolidar la información existente frente al sistema de salud colombiano, enmarcando como fundamento principal la ley estatutaria en salud, firmada en el año 2015.

3.2 Objetivos Específicos

- Revisar la normatividad existente frente a atención primaria en salud en Colombia.
- Identificar la importancia que tiene la priorización de atención en la población especial para la estabilidad financiera del sector salud.
- Comprender la necesidad del estado por reorientar el sistema de salud colombiano hacia una política preventiva y no curativa, en aras de garantizar un servicio para todo el territorio Nacional.
- Reconocer el plan nacional de desarrollo (2014 – 2018) Ley 1753/2015 como herramienta esencial en los lineamientos de la atención primaria en salud en Colombia (Política de Atención Integral en Salud)

4 METODOLOGIA

4.1 Descripción

Este documento se realiza, siguiendo una revisión bibliográfica de forma cronológica acerca de la historia de salud en Colombia, desde la época de la conquista hasta nuestros días, a fin de contextualizar al lector del tema, el cual no es reciente, sino que por el contrario tiene bases en la historia, que si bien, no son sólidas, si son esenciales para entender la trazabilidad del sistema de salud y los avances que éste ha tenido hasta la actualidad.

Por otro lado, se realiza una revisión de los puntos clave de la atención primaria en salud y cómo surge ésta en el mundo, la razón por la cual Colombia debería desarrollarla como modelo de atención y cuales has sido los fundamentos para que ahora sea un tema reglamentado a raíz de la ley estatutaria 1751/2015, basándose en la Política de Atención Integral en salud (PAIS) regulada por la ley 1753/2015

Es importante también resaltar la revisión y comprensión del plan decenal de salud pública 2012 – 2021, que enmarca la atención primaria en salud como una estrategia transversal a las demás descritas para lograr los objetivos propuestos de goce efectivo del derecho a la salud, mejorar condiciones de vida de la población y el actuar en temas de morbilidad, mortalidad y discapacidades evitables.

La lectura de todos los documentos, así como de la normativa que se ha desarrollado encaminada al tema de la atención primaria en salud, será determinante para la elaboración de este escrito y para brindar aportes críticos a título personal de las pretensiones de la ley estatutaria y como impactaría en la sociedad colombiana actual en caso de ponerse en marcha según se describe.

4.2 Consideraciones éticas

De acuerdo con la única normativa colombiana frente al tema de investigación en salud, la resolución 8430 de 1993 “por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud” (25) la investigación realizada se clasifica como una investigación sin riesgo, toda vez que el proyecto no emplea técnicas que modifiquen ninguna condición del participante del proceso, además en ningún momento se utilizará su nombre o sus datos personales y se respetará el derecho a su intimidad, con lo cual se brindará seguridad y confiabilidad a todos los colaboradores del trabajo de intervención. (25)

Por otro lado, este proyecto se fundamenta en los principios éticos de, beneficencia no maleficencia, autonomía y respeto.

5 ALCANCES DE LA NUEVA LEY

LEY 1751 DE 2015

La ley estatutaria en salud, tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Esta ley, no pretende otra cosa que darle un giro al sistema actual de salud, y lograr no solo la sostenibilidad financiera que tanto aqueja al sistema, sino entregar un servicio de calidad y oportuno a la población, prestando atención especial no en la enfermedad del ser sino en su salud, creando estrategias que propendan por garantizar el bienestar de la persona, atendiendo sus necesidades desde el primer nivel de atención, mitigando el riesgo de un nivel superior, pero teniendo claro que de ser requerido estará dispuesto para cubrir todas las esferas del ser.

La ley estatutaria busca modificar el concepto actual de salud en Colombia, dejando de ser comprendido como un servicio público, a registrarse como derecho fundamental; lo que genera en primera instancia impacto en la sociedad, pues dejaría entonces de ser visto como un beneficio que otorga el Estado, para convertirse en una obligación legalmente exigida. Tal vez, esta premisa es de las más trascendentales para el país con la incursión de la norma, ya que supondrá una oportunidad de mejora de condiciones socioeconómica y sin duda alguna, la mirada hacia la posibilidad de una equidad social, pues al ser derecho fundamental para todos los residentes del territorio Nacional, el acceso a este no estará condicionado al poder adquisitivo de cada persona.

Tras el ingreso y la puesta en marcha de la ley estatutaria hay muchas expectativas y discrepancias; algunos aseguran que, con esto, se parte la historia de la salud en Colombia en 2, antes y después de la reglamentación de la ley 1751/2015 (Juan Manuel Santos); sin embargo, para otros, se trata simplemente de una norma más, que al igual que muchas de las ya aprobadas, carecen de lineamientos y límites para su ejecución.

Cuando nació la ley 100 de 1993, se pensó fundamentalmente en 2 ejes principales; Protección financiera a las familias en forma de fondos solidarios al más necesitado, y, garantizar el acceso al sistema con 100% de habitantes afiliados como objetivo de expansión y universalidad. Aunque se podría decir que estos ejes se cumplieron, el tema de solidaridad financiera no mostró los resultados que se esperaban, pues para hacer de este, un sistema financieramente estable, se requería que la población subsidiada fuera un pequeño porcentaje del total, y lo que se reflejó al año 2014, era que el régimen subsidiado estaba conformado por el 48% de la población, el contributivo por el 43,6% y un 5% pertenece al régimen especial y de excepción. Con estas proporciones, difícilmente el sistema podría mantenerse por mucho tiempo de pie, no es viable y la crisis financiera se haría visible antes de lo imaginado.

La duda que surge entonces tras la regulación de la ley estatutaria es que tan estable y financieramente viable es todo lo que enmarca la ley, y ante esto hay muchas respuestas. Actualmente, el país está desangrado, el sector salud no cuenta con los recursos suficientes para brindar una atención con calidad y oportunidad a todos los colombianos, las deudas con los prestadores de servicios de salud son incalculables y las remuneraciones para los empleados del sector público de salud cada vez se hacen esperar más, sin embargo, con esta ley se pretende hacer una mejor utilización de los recursos, al enfocar la salud en atención primaria en salud y tomar las medidas de promoción y prevención en salud, se logrará en el mediano plazo, la disminución sustancial del costo médico en cada una de las IPS, pues garantizando una mayor resolutiveidad en el primer nivel de atención, el gasto por las enfermedades de alto costo y las complicaciones médicas tenderá a la baja y así mismo la calidad y esperanza de vida de la población ascenderá.

“La sostenibilidad financiera es un medio, no un fin, para materializar el derecho. Existen dos componentes para la sostenibilidad: el financiamiento (se requieren fuentes nuevas dado que los recursos no son infinitos) y la transparencia, la cual tiene que ver con el uso racional de medicamentos, la auto-regulación médica, el buen uso de los recursos públicos, los controles a los recaudos y el papel de las EPS en la gestión de riesgos” (6).

Ahora bien, aunque la ley estatutaria mantiene el principio de protección a la enfermedad, abre un panorama más amplio a esta premisa al tener en cuenta dentro de su desarrollo los determinantes sociales, con el único fin de mejorar las condiciones de salud de la población, propendiendo entonces al autocuidado como primer deber de los afiliados, fortaleciendo de esta manera y en consecuencia a este actuar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, enfocando el nuevo sistema de salud en Atención Primaria, salud familiar y comunitaria.

Surge entonces la Política de Atención Integral en salud (PAIS) como respuesta al enunciado anterior y se convierte en el puente entre seguridad social y sistema de salud. Se hace necesario como primera instancia, abordar el modelo de financiamiento actual y la descentralización administrativa, para dar respuesta a lo que realmente se pretende; **LOGRAR EL ACCESO A UN DERECHO FUNDAMENTAL.**

Con base en esto, y teniendo en cuenta los determinantes sociales que relaciona la norma, la política de Atención Integral, propone 4 estrategias centrales a saber: 1. Atención Primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria; 2. El cuidado; 3. Gestión integral del riesgo en salud y 4. Enfoque diferencial de territorios y poblaciones.

Con detenimiento se va a revisar lo enmarcado frente a la primera estrategia, fundamento de este documento, a fin de dar un soporte frente a la viabilidad y posibilidad de lograr el tan anhelado acceso equitativo a la salud.

La atención primaria en salud, se formula como una estrategia básica e integradora entre las necesidades de la población, los recursos y el sistema de salud. Se busca articular todo el sistema con la comunidad. La APS pretende proveer asistencia continua e integral a las personas y la comunidad en la cercanía de su vivienda como “primer elemento de asistencia sanitaria”, garantizando calidad y costo-efectividad; esta estrategia pretende fortalecer la participación social en la toma de decisiones y en acceso a los servicios de manera integral enfocándose en la salud familiar y comunitaria, tratando de esta manera el riesgo desde la óptica de comunidad y no solo individual (6).

Colombia, en la ley 1438/2011 define la Atención primaria en salud como: *“estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema de Salud. Hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana”* (11).

Entre otros aspectos, la APS está enfocada a:

- Fomentar salud y calidad de vida de la población
- Promover cultura de autocuidado y promoción de la saludable
- Participación de equipos multidisciplinarios e integrales de salud para tratar la salud como un todo
- Fortalecer capacidad resolutive de los servicios básicos de salud

Hablar de atención primaria en salud, con enfoque en salud familiar y comunitaria, es entender la atención en salud como un proceso continuo centrado en el cuidado de las familias, enfatizando su atención en promover hábitos de vida saludables y mejorar las condiciones de salud de toda la comunidad mediante la integración no solo de profesionales y expertos sino de cada uno de los individuos de esa comunidad, basados en los determinantes de salud ya descritos. La idea de este modelo de atención, es resolver la mayor cantidad de problemas de salud sin el requerimiento de la alta tecnología médica, mejorando capacidad resolutive y controlando la remisión a la alta complejidad y todo lo que un servicio mayor requiere.

Al obtener mayor cercanía al equipo de salud por parte de la población, se logra la comprensión específica del riesgo de cada individuo y la actuación específica sobre la enfermedad de acuerdo con los determinantes sociales, territoriales y familiares. Garantizar una relación de confianza entre el equipo profesional y la comunidad, genera también gran impacto en todo el sistema de salud, mejora la reputación del sistema y sin duda la percepción de calidad y servicio cambia.

Poner en marcha la política de Atención Integral en salud, requiere de la creación de un Modelo operacional que, a partir de las estrategias ya enunciadas, construya herramientas que garanticen cada uno de los atributos de calidad en atención en salud, en condiciones de equidad; surge así el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que no busca otra cosa que la *“integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan”* (6).

El MIAS entonces, funciona alrededor de las personas, su bienestar y desarrollo, incluyendo acciones orientadas no solo a generar bienestar, sino a mantener la salud, detectar el riesgo, curación de la enfermedad y reducción de la discapacidad, ampliando la óptica de cualquier modelo de salud hasta ahora propuesto, sin dejar de lado la lucha incansable por reducir la brecha de acceso al servicio de salud entre grupos poblacionales y que la situación económica de cada individuo no sea un determinante para el acceso al modelo y el disfrute de los servicios que éste ofrece.

Este modelo cuenta con 10 componentes operacionales para ponerse en marcha, que incluyen:

- Caracterización de la población de acuerdo con Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP): organizar la población por grupos de interés (curso de vida y grupos de riesgo)
- Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS): Objetivo: Ganancia de salud y reducción de la carga de enfermedad. Define las condiciones necesarias a los integrantes del sector salud para asegurar integralidad en atención, mediante 3 rutas:
 - Promoción y mantenimiento de la salud
 - Grupo de riesgo
 - Eventos específicos de atención
- Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS): Busca acompañar al paciente en todo su proceso vital
- Delimitación territorial del MIAS: Pretende adaptación a las condiciones de cada territorio, identificando zonas dispersas, ruralidades, centros urbanos y grandes ciudades
- Redes Integrales de prestadores de Servicios de Salud: Conjunto articulado de prestadores en un territorio que garantiza acceso oportuno a la atención.

- Componente Primario de prestación: Atención Primaria en Salud (APS)
 - Componente complementario de prestación
- Redefinición del rol del asegurador: Busca el enfoque del asegurador en:
 - Protección frente al riesgo financiero
 - Agencia
 - Efecto de acceso y resultados
- Redefinición del esquema de incentivos: Orientar incentivos a resultados esperados, sin poner en riesgo la sostenibilidad financiera.
- Requerimientos y procesos del sistema de información: Centralizar información, tomando como dato principal el número del documento de identidad, catalogando éste, como la puerta de entrada del individuo a la base de datos del sector.
- Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud (RHS) Se deben fortalecer acciones bajo:
 - Formación de recurso
 - Armonización del recurso con esquema de cuidado actual
 - Fortalecimiento del recurso humano responsable de planeación y gestión territorial
 - Gestión, planificación y mejoramiento de condiciones laborales
- Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación de conocimiento: se pretende fortalecer la investigación e innovación desde la academia a nivel nacional y regional, orientándose a solventar necesidades de salud. Se establecen 6 retos de innovación
 - Establecimiento de rectoría del sistema
 - Estrategias que garanticen sostenibilidad financiera
 - Gestión eficiente de recursos humanos.
 - Fortalecimiento de sistemas de información
 - Mecanismos de transferencia de conocimiento en políticas públicas
 - Investigación en el acceso, utilización y garantía de la calidad de la prestación de servicios de salud (6).

LOGROS ALCANZADOS POR LA PASIÓN A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD:

Actualmente, en Colombia, precisamente en el municipio de Támesis, Antioquia, existe el Hospital San Juan de Dios que desde hace más de 10 años, y liderado entonces por el Dr. Eduardo Rivera Arcila, gerente (Desde el año 2002 hasta finales del año 2015), ha logrado convertirse en la casa de la salud, y es conocido como el hospital sin enfermos, la casa de la salud o el parque de la vida; pues puso en marcha un modelo de atención hospitalaria que busca fomentar la salud integral de los habitantes, creando estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a fin que logró comprender que la única forma de hacer sostenible financieramente el sector salud y brindar calidad de vida y

servicio a la población, es mitigando el riesgo de la enfermedad. Con un poco más de 3000 millones de pesos de inversión mayormente en infraestructura, el Dr. Rivera, logró lo que para muchos era una fantasía, dotó el hospital con grandes espacios diseñados específicamente para atender las necesidades de la población, de acuerdo al grupo poblacional que pertenezca; construyó un gran gimnasio, zonas húmedas, amplios salones acondicionados para los usuarios, zonas verdes, capilla, comedor y hasta coliseo cubierto con muro de escalar (26).

Las cifras no mienten, hacia el año 2015, el hospital había logrado: Disminución de remisiones en 40%, disminución de hospitalización en 40%, excepcionalmente hospitalización de menores de 20 años por causa diferente al embarazo, disminución de hospitalización por EDA e IRA del 80%, erradicación de la desnutrición en menores de 6 años y disminución en 60% de embarazos. (27).

Támesis comprendió la importancia de aplicar políticas preventivas en la atención a los usuarios, lo que le ha permitido tener excelentes resultados, no sólo con el estado de salud de la población, sino, además, con la administración acertada del reducido presupuesto asignado por la Nación, hasta registrar un superávit, que se invierte, de forma asertiva, en mejorar la calidad de vida de sus usuarios, niños, jóvenes y adultos(28)

Entre los programas que maneja el hospital se encuentran: Pre-concepcional, familia gestante, estimulación temprana, movimiento joven, vida sana, boquitas sanas y felices, centro de recuperación nutricional, programa de cero a siempre, equipo comunitario de salud, ciclo vital, guardianes de la salud, vida sana y atención al adulto mayor.

Otra de las particularidades del hospital es PIPE, una chiva en la que recorren semanalmente las diferentes veredas del municipio para acercar a la comunidad con el Hospital, los recogen y los llevan a las instalaciones donde están todo el día haciendo parte de distintos programas y aprendiendo a cuidarse, a querer su mente y su cuerpo y a vivir sanamente.

El hospital nunca está vacío, ya sea por la comunidad que acude al gimnasio y al coliseo, los jóvenes de cada colegio que van una vez por semana, o los niños que desde temprana edad permanecen en el hospital todo el día con una alimentación controlada y aprendiendo a llevar una vida saludable desde muy pequeños. (29) Por si fuera poco, en los últimos años se han hecho alianzas con el sector educativo, a fin de tener completamente controlados a los más pequeños y no solo garantizarle la escolarización sino el aprendizaje permanente del cuidado de su salud y el aprovechamiento del tiempo libre, formando así seres útiles a la sociedad y con valores humanos deseos que el tiempo ha ido dejando atrás.

Támesis se ha convertido en la prueba fehaciente que la atención primaria y el enfoque en promoción y prevención en todos los grupos poblacionales, es la

solución a la crisis por la que atraviesa la sociedad colombiana y es el arma para llegar a la calidad y el completo estado de bienestar del ser.

LO QUE OPINAN ALGUNOS EXPERTOS:

1. Jorge Osorio Ciro, jefe del posgrado de Medicina Aplicada a la Actividad Física y el Deporte:

Resulta más costoso atender la enfermedad que promover la salud. Si empiezan a formar desde las universidades y luego desde los centros médicos, clínicas y hospitales en fomentar la promoción y el trabajo en salud, los recursos que el sistema racionalizaría en intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, tratamientos, mejorarían en gran medida los costos altísimos por los que se sufre hoy, *“ya que el 80% de los recursos de la salud se gastan en las enfermedades crónicas”*

“En el modelo de atención tradicional lo que hacen es mandar al paciente de especialista a especialista. Hospitalización tras hospitalización, y realmente no es atendido de forma integral porque nadie lo asume. Con este hospital se está creando una generación completamente saludable, controlando el surgimiento de enfermedades crónicas a temprana edad. Nosotros acabamos de montar, ya para enfermedades específicas, el programa de Atención Física”(27)

2. Eduardo Rivera Arcila, médico y gerente Hospital San Juan de Dios, municipio de Támesis:

” Es más fácil construir niños fuertes que reparar adultos rotos”(30)

3. Augusto Galán Sarmiento. MD. MPA

“La a Ley Estatutaria en Salud no es el punto de partida, como algunos pueden interpretar, sino el punto de llegada”.

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

“El sistema de salud se halla presionado por el éxito de haber logrado la cobertura universal del aseguramiento en estos 20 años. Esto ha incrementado de manera significativa la demanda de servicios, a lo cual la oferta existente de recursos financieros, humanos, de infraestructura y de tecnología no ha respondido con suficiencia. Para que los ciudadanos tengan acceso oportuno y con calidad a los servicios, este es el reto mayor que se tiene.

Es claro que no partimos de cero, pero el trabajo por delante es arduo y deberá ser colectivo para lograr el ideal plasmado en la Ley Estatutaria. ¿Cómo lograrlo? no es la responsabilidad de un individuo, ni de una entidad. Es el compromiso de un sector en particular, pero también de la sociedad en general”. (31)

4. Expertos en salud y en derecho de la Universidad Nacional de Colombia

Teniendo en cuenta que la salud no estaba pensada como un derecho, la nueva Ley Estatutaria 1751/2015 señala que la atención a la salud es un derecho fundamental, en el que los colombianos son vistos como pacientes y no como clientes, no obstante, el actual sistema evidencia problemas que se deben superar para garantizar el servicio como derecho fundamental

Carlos Torres, magistrado auxiliar de la corte constitucional: *“El hecho de que esta ley sea estatutaria le da un lugar importante en la jerarquía normativa, porque no se trata de cualquier tipo de ley, ya que está por encima de un decreto o una resolución. La ley no es suficiente, pero sí necesaria, y aunque no cuenta con todo lo que se necesita, es el punto de partida y como cualquier norma jurídica se le pueden agregar modificaciones”.*

Jose Félix Patiño exministro de salud y exrector de la Universidad Nacional de Colombia: *“se trata de una victoria para los médicos ya que ahora hay una autonomía médica, en la que el experto y no la administradora podrá definir lo que requiere el paciente.”* Propuso además, eliminar las 59 EPS para ahorrar dinero, pues en su opinión, con una sola se puede administrar el sistema y no con 60, como se hace actualmente.

Hernando Torres Corredor, Director del centro de pensamiento de Derecho a la Salud de la Universidad Nacional de Colombia: *“se abre la posibilidad de quitar barreras de acceso a los servicios de salud. “Los ciudadanos con una buena atención dejarán de recurrir a las tutelas. El año pasado (2014), en términos globales, hubo 148.000 tutelas en salud” (32)*

5. Juan Guillermo Ortiz, Director de la Clínica Universidad de la Sabana

“La norma parece desconocer la realidad del sistema y tiene vacíos que la podrían hacer inviable.

...¿Será que con esta norma habrá un verdadero desarrollo en el sector? La salud no es únicamente bienestar, aclaro; el término implica más que condiciones físicas y bien público. Es clave acercarse un poco al mundo de la medicina, para luego definir el “derecho a la salud...”

...Con la fuerza que ha tomado la corrupción en nuestro país debemos estar atentos a los giros que puedan presentar en este nuevo escenario la industria farmacéutica, las tecnologías en salud, los nuevos tratamientos y tendencias estéticas para no caer en esa lista de exclusiones...

...Dependiendo la política de cada nación y los sistemas de aseguramiento hay un mix que reparte entre el Estado y los ciudadanos el aseguramiento este gasto. Lo preocupante es creer que todo está cubierto y que no tengamos presente que hay unos recursos fijos en el presupuesto nacional...

...Con optimismo y entusiasmo recibimos esta la implementación de la Ley Estatutaria. Esperemos a ver cómo se mejora la salud de los colombianos y cómo varían los indicadores del sistema. Sólo me pregunto: ¿Lograremos por fin la sostenibilidad financiera y el punto de equilibrio en el sector salud? La verdad, no creo”.(33)

6. Juan Carlos Giraldo, presidente de la Asociación de clínicas y hospitales de Colombia:

“Se requiere de una gran reforma al sistema... La Ley estatutaria no supera la crisis que afecta al sector...”

“Se requiere una reforma ordinaria que propugne por un sistema único de salud, financiado de manera suficiente, en el que se reemplace lo inútil del actual esquema y se preserve lo que ha servido” (34)

“...Ante todo se debe debatir el futuro papel de las EPS, cuyas deudas están al borde de llevar a la quiebra a más hospitales ¿En qué va a afectar la Ley Estatutaria de la Salud a los hospitales que cargan una pesada deuda de las EPS?...

...No se puede pasar tan rápido sobre la realidad financiera que tiene el sistema de salud en Colombia. Es por lo menos muy optimista decir que se superó la crisis y que todo se ha estabilizado, cuando la verdad es que los

indicadores en lo asistencial, servicios de urgencias y el flujo de recursos y de cartera no lo muestran así. Es decir que dicha ley no es ningún salvavidas o una solución para el sistema de salud...No tendrá una base sólida la Ley Estatutaria de Salud sino se tramita rápidamente la ley ordinaria para corregir los problemas que hemos venido reseñando. Maravilloso que se hable del derecho a la salud como algo fundamental y autónomo, pero eso debe tener el apoyo de una reforma completa al sistema de salud, la cual sí es necesaria...

...La Ley Estatutaria es un marco, pero si el marco se deja vacío no habrá ningún cambio. Aquí se debe dar un debate profundo sobre la forma de financiar el sistema de salud y si continúa o no el actual esquema de aseguramiento (a través de las EPS), y en qué nivel, si central o descentralizado. Se debe debatir el papel de los intermediarios en el sistema, es decir, si habrá EPS o un sistema de administración regulado. Es definir si habrá un modelo preventivo o asistencial. Eso no lo dice la Ley Estatutaria...

... Siempre hemos sostenido que el rol o modelo de las EPS debería mutar o transformarse hacia la figura de un administrador regulado, es decir, en entidades coordinadoras al interior del sistema de salud. Proponemos que se les quite el manejo de dinero y que éste quede en una caja central u operador que lo administre.” (35)

7. Jaime Arias, Presidente de ACEMI (Gremio que reúne a las principales EPS del Régimen Contributivo):

“Ojalá esto no se convierta en un desengaño para todos por la falta de recursos. Entra, en rigor, en un sistema con desequilibrio financiero evidente” (34)

8. Néstor Álvarez, Representante de los pacientes de Alto Costo

“No ha existido voluntad del Gobierno para echar a andar la ley estatutaria, sancionada hace dos años por el presidente Juan Manuel Santos, como se puede evidenciar con las normas que ha intentado expedir para reglamentarla y los raquíticos presupuestos aprobados para todo el sector”(34)

9. Hernando Macías, Consultor en servicios de Salud:

“El aumento en la demanda de servicios multiplicará la abultada cartera de los hospitales, frente a unas EPS que seguirán recibiendo el mismo dinero, para ellas ya insuficiente... En consecuencia, dice el experto, los hospitales y clínicas incrementan el riesgo de brindar servicios sin contar con la totalidad de los elementos requeridos por falta de liquidez, lo que podría exponer a los usuarios a “consecuencias negativas sobre su bienestar” (34)

10. Ricardo Navarro, Presidente de la Asociación Colombiana De sociedades Científicas (ACSC):

“Es el paso más importante que se ha dado en lo social en términos de derechos. Aquí lo que se requiere es la participación de todos los sectores para entender que garantizar el bienestar de toda la población es la base para el desarrollo del país” (34)

11. Jaime Calderón, Expresidente de la Asociación Colombiana De sociedades Científicas (ACSC):

“Hacer que los pacientes vuelvan a ser el centro de la salud es el deber de todos los profesionales de la medicina con la entrada en vigencia de la ley que la consagra como derecho fundamental. Invita a defender este avance, que “es de todos” (34)

6 CONSIDERACIONES

1. Finalmente y después de la implementación y puesta en marcha total del Modelo anteriormente expuesto, se podría decir que estaríamos frente a lo que sería el mayor de los logros en salud para el Estado Colombiano; al igual que la ley 100/1993, está muy bien pensada y fundamentada; sin embargo, es de mucho cuidado y sobre todo respetar la integralidad y curar antes que nada la peor enfermedad para el país, LA CORRUPCIÓN; la sostenibilidad financiera no será fácil de lograr si en medio de ésta existe el desangre de los recursos públicos, para beneficio de unos pocos.
2. Inevitablemente el tema más álgido con la Ley Estatutaria es el sostenimiento financiero, con lo cual comparto opinión con el Dr. Eduardo Rivera Arcila, cuando afirma que la única forma de no gastar más recursos de los asignados por la nación es garantizando que la población no se enferme. Si se toma la Atención Primaria en salud como pilar fundamental del Sistema de Salud y se reconoce nuevamente el trabajo de los médicos generales como primordial, no solo se alcanzarán resultados favorables en calidad de vida de los colombianos, sino que será un modelo completamente auto-sostenible.
3. La Atención Primaria en Salud no es una estrategia moderna, contrario a ello, son siglos los que se lleva pensando en este modelo de atención; no es experimental, ha mostrado grandes resultados en donde se ha implementado, razón por la cual no debe haber temor al ponerla en práctica, es solo cuestión de educar a la sociedad en el cambio e inculcar que cada individuo es dueño de su cuerpo y por tanto responsable de su cuidado.
4. Generar el cambio de modelo de salud no depende de las leyes que se sancionen, del ministerio de Salud o del primer mandatario del país. Principalmente la aceptación del cambio y el comprender la salud como derecho fundamental es tarea de cada hospital, de cada IPS y por supuesto de cada EPS, es al interior de estas organizaciones que se debe construir el cambio y con base en las políticas actuales, reescribir la historia, soportándose siempre en la misión de cada una de ellas, prestar el mejor servicio de salud a la sociedad. El primer paso para ello es comprender que la salud no se garantiza curando y/o tratando la enfermedad sino gestionando el riesgo que esta aparezca mediante estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana y Atención primaria en Salud.

5. Garantizar un modelo de salud basado en atención primaria en Salud implica educar a los estudiantes y profesionales del sector salud en esta estrategia; las universidades tendrían que generar un cambio de 180° a su pensum académico y el chip de toda la población frente a "tratar la enfermedad" también se debe reeducar; es una cuestión de cultura. Eliminar del vocabulario la palabra tratamiento e incluir prevención.
6. Así como la atención primaria en salud es una estrategia de carácter integral; la forma de llegar a ella debe ser igual; su ingreso paulatino al sector debe promover el temblor en el sistema más grande que se haya visto jamás.
7. *" Es más fácil construir niños fuertes que reparar adultos rotos"* (Eduardo Rivera Arcila) nuevamente se hace mención del actual gerente del hospital La inmaculada del municipio de Guatapé quien fuera para el momento de la sanción de la ley gerente de la ESE hospital San Juan de Dios de Támesis y quien le regaló a este municipio el primer hospital sin enfermos. Bajo la premisa inicial, Rivera Arcila dedicó más de 10 años de su vida a realizar lo que para muchos es un sueño; puso en marcha un programa de atención Primaria en Salud, que impactó no solo el sector salud, sino la educación, la pobreza – el empleo y hasta la política. Con un solo modelo de atención, bien pensado y perfectamente organizado, se logró en Támesis erradicar la desnutrición, crear oportunidades laborales y nuevas formas de vida, garantizó educación para los más pequeños, alejó de la calle a los jóvenes y fomentó un nuevo estilo de vida en los más viejos, esos que para muchos ya no cambian, los que contrario a estar en la cama de un hospital conectados a miles de equipos y medicamentos para sobrevivir, pasan su día en un gimnasio, en una sala de arte y cultura, y hasta enseñando a otros a vivir sanos.

Esto es la prueba tangible que si se puede, que la ley estatutaria abre la posibilidad a que más municipios y comunidades le den la bienvenida a un modelo de salud que garantiza resultados y que amplifica la visión de lo que es una vida sana, una cultura sana.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. El Tiempo CE. Qué es una Ley estatutaria. El Tiempo [Internet]. [Citado 7 de abril de 2017]; Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-138592>
2. Cámara de Representantes, Congreso de la República de Colombia ¿Qué son las leyes estatutarias? [Internet]. [Citado 7 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.camara.gov.co/portal2011/preguntas-frecuentes/166-ique-son-las-leyes-estatutarias>
3. Constitución política de Colombia - 2015.pdf [Internet]. [Citado 7 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%202015.pdf>
4. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 [Internet]. [Citado 6 de abril de 2017]. Disponible en: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf
5. Ministerio de Salud y protección social. En 2015 aumentó en 990.385 personas el número de afiliados al sistema de salud. 11 de abril 2016 [Internet]. [Citado 7 de abril de 2017]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/En-2015-aumento-en-990.385-personas-el-numero-de-afiliados-al-sistema-de-salud.aspx>
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud.pdf [Internet]. [Citado 7 de abril de 2017]. Disponible en: <http://minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Pol%C3%ADtica%20de%20Atenci%C3%B3n%20Integral%20en%20Salud.pdf>
7. Congreso de la República de Colombia. Ley 1753 de 2015 [Internet]. [Citado 6 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.mincit.gov.co/loader.php?IServicio=Documentos&IFuncion=verPdf&id=78676&name=Ley_1753_de_2015.pdf&prefijo=file
8. Ase I, Burijovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud Colect. Abril de 2009; 5(1):27-47.
9. The Pan American Health Organization. Declaración de alma-ata [Internet]. 2012 [citado 6 de abril de 2017]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=190

04&Itemid=270

10. García Pérez, RP. Antelo Hunt, A. Bringas Sosa, Y. Impactos de la globalización neoliberal en la salud de la población de los países en desarrollo. *Mediciego*. 2010; 12.
11. El Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011.pdf [Internet]. [Citado 7 de abril de 2017]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
12. Forero Caballero, H. Momentos históricos de la medicina colombiana. En: *Síntesis* [Internet]. Bogotá: Prismagraf; 2011 [citado 7 de mayo de 2017]. p. 568. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/638/15/9789587194036.15.pdf>
13. Sánchez LP. Algunos aspectos relacionados con José Celestino Mutis y la medicina. *Rev Cienc Salud* [Internet]. 2008 [citado 7 de mayo de 2017]; 6(2). Disponible en: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/486>
14. Quevedo E. Independencia y medicina: una polémica bogotana entre médicos criollos y franceses | *banrepcultural.org* [Internet]. [Citado 7 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/revistas/credencial/octubre2010/medicina.htm>
15. Forero Caballero, H. Momentos históricos de la medicina colombiana. En: *Salud pública y social Capítulo VI* [Internet]. Bogotá: Prismagraf; 2011 [citado 8 de mayo de 2017]. p. 568. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/638/11/9789587194036.11.pdf>
16. Mena Caicedo M. Historia de la Seguridad Social en Colombia [Internet]. [Citado 9 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://administracinsaludcarepa.blogspot.com/2012/04/historia-de-la-seguridad-social-en.html>
17. Tarazona ÁA. La seguridad social. Historia, marco normativo, principios y vislumbres de un Estado de derecho en Colombia. *Anu Hist Reg Las Front*. 2011; 15(1):191–204.
18. El Tiempo CE. Crisis fiscal y financiera. [Citado 14 de julio de 2017]; Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-951353>
19. Rocha Buelvas, A. Antecedentes históricos de la seguridad social en salud: Parte de la construcción de un país sin memoria [Internet]. 2010. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/649/755>

20. García CM. Eslava JC. Vega Romero A. La organización panamericana de la salud y el Estado colombiano [Internet]. 2002 [citado 6 de mayo de 2017]. Disponible en:
http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=61-la-ops-y-el-estado-colombiano-cien-anos-de-historia&Itemid=688
21. Lopez Michelsen A, Presidente de la República de Colombia. Decreto 056 de 1975 [Internet]. 1975 [citado 13 de julio de 2017]. Disponible en:
https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Decretos/D0056_75.pdf
22. Angulo ES. Atención primaria en salud: un camino hacia la equidad [Internet]. Patricia Elena Ramirez. Bogotá; 2012 [citado 13 de julio de 2017]. 124 p. Disponible en:
http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Equidad%20en%20Salud/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud_un%20camino%20hacia%20la%20equidad.pdf
23. El congreso de Colombia. Ley 10 de 1990 [Internet]. 1990 [citado 16 de julio de 2017]. Disponible en:
https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0010_90.pdf
24. Ministerio de salud y protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, La salud en Colombia la construyes tú [Internet]. 2012 [citado 13 de julio de 2017]. Disponible en:
<http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Documents/Plan%20Decenal%20de%20Salud%20P%C3%ABlica.pdf>
25. El Ministerio de Salud. Resolución 8430 DE 1993.pdf [Internet]. [Citado 7 de abril de 2017]. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf
26. Oficina de Prensa y comunicaciones, Administración municipal de Támesis. Hospital de Támesis, un modelo a seguir [Internet]. Disponible en:
<https://www.youtube.com/watch?v=0Nf07c2g9z4>
27. Universidad de Antioquia. Cuidar de la salud y no solo de la enfermedad [Internet]. [Citado 13 de agosto de 2017]. Disponible en:
http://portal.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/udea-noticias/udea-noticia!/ut/p/z0/fYy9DslwDIRfhaVj5VBCgLFiQEIMDAi1XpDVhGJok_6kFY9PCgNiYfH5Tt8dIGSAIkYuybOzVAWfo7qsN9tknkpXEEoqkaqjXK6S3eJ0FrAH_A-EBb63LaaAhpPePD1kjes8VYM2FAnqf93N1ebzT3dmneeCqY_Eu21Zu4n6xiPrwBZDkC7up53Y2KvpaqNJQ_PA_AU5Cywb/

28. Henao Mejía O, Columnista. Támesis, un ejemplo de políticas preventivas. Periódico EL Colombiano [Internet]. 2 de junio de 2017 [citado 8 de diciembre de 2017]; Disponible en: <http://www.elcolombiano.com/opinion/columnistas/tamesis-un-ejemplo-de-politicas-preventivas-DA6651588>
29. Parque de la Vida. Promoción de la Salud en Támesis [Internet]. [Citado 13 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://parquedelavida.co/index.php/noticias/item/236-promocion-de-la-salud-en-tamesis>
30. Hospital de Támesis | sintergetica [Internet]. [Citado 13 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.sintergetica.org/hospital-de-tamesis/>
31. Galán Sarmiento A. Ley Estatutaria en Salud: el punto de llegada. Portafolio [Internet]. [Citado 8 de diciembre de 2017]; Disponible en: <http://www.portafolio.co/opinion/redaccion-portafolio/ley-estatutaria-salud-punto-llegada-21848>
32. Universidad Nacional de Colombia. Ley Estatutaria de Salud, insuficiente pero necesaria [Internet]. Agencia de noticias. [Citado 13 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://agenciadenoticias.unal.edu.co/detalle/article/ley-estatutaria-de-salud-insuficiente-pero-necesaria.html>
33. Ortiz JG. Ley Estatutaria de Salud: ¿Realidad o ficción? 22 de febrero de 2017 [citado 8 de diciembre de 2017]; Disponible en: <http://www.eltiempo.com/vida/salud/la-realidad-sobre-la-ley-estatutaria-de-salud-61113>
34. Fernández CF. Con fuertes desafíos, comienza en Colombia era de salud como derecho. Periódico El Tiempo [Internet]. [Citado 8 de diciembre de 2017]; Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16821511>
35. García Sierra A. (reportero de El país). «Ley Estatutaria no supera la crisis de la salud»: Presidente Asociación de Clínicas. Periódico El País [Internet]. 26 de febrero de 2015 [citado 8 de diciembre de 2017]; Disponible en: <http://www.elpais.com.co/economia/ley-estatutaria-no-supera-la-crisis-de-la-salud-presidente-asociacion-de-clinicas.html>