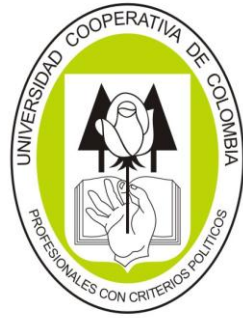


**EL IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY 1751 DE 2015 EN LA
ACCESIBILIDAD ACTUAL A LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA**



**UNIVERSIDAD
COOPERATIVA
DE COLOMBIA**

NORELI CERA BELEÑO

BIBIANA CAROLINA MARTINEZ

DIANA CAROLINA CLAVIJO

**UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA SEDE BOGOTA D.C
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, ECONOMICAS Y CONTABLES
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD**

BOGOTÁ D. C., 2018

**EL IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY 1751 DE 2015 EN LA
ACCESIBILIDAD ACTUAL A LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA**

NORELI CERA BELEÑO

BIBIANA CAROLINA MARTINEZ

DIANA CAROLINA CLAVIJO

**TRABAJO DE GRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD**

DOCENTE:

JOSÉ BRICEÑO RUIZ



**UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA SEDE BOGOTA D.C
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, ECONOMICAS Y CONTABLES
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD**

BOGOTÁ D. C., 2018

Contenido

Resumen	1
Palabras clave:	1
Abstract	2
Key words:	2
Introducción	3
Capítulo 1 Problema de Investigación	5
1. Planteamiento del Problema	5
2. Objetivos	7
2.1. Objetivo general	7
2.2. Objetivos específicos	7
3. Justificación	8
4. Marco Teórico	10
5. Metodología	13
5.1. Tipo de investigación	13
5. 2. Formulación de hipótesis	13
5. 3. Diseño de la investigación	13
Capítulo 2 Accesibilidad, Sistema de Salud en Colombia, y Ley 1751 de 2015	14
1. Definición Accesibilidad	14
2. Sistema de Salud en Colombia	15
3. Principales Factores Influyentes en la Accesibilidad a los Servicios de Salud en Colombia	18

Barreras administrativas.....	19
Barreras económicas	20
Barreras geográficas.....	21
4. Ley Precedente	21
4.1. Accesibilidad a servicios de salud en Colombia antes del 2015	23
5. ¿Por qué Surge la Ley 1751 de 2015 en Colombia?	28
5.1. ¿En qué consiste la Ley 1751 de 2015?	29
Capítulo 3 Impacto de la Ley 1751 de 2015 Sobre Accesibilidad, Situación Actual.....	36
1. Impacto de la Ley 1751 de 2015 en la Accesibilidad a los Servicios de Salud.	36
Recomendaciones	39
Conclusiones	40
Bibliografía	42

Resumen

El sistema de salud en Colombia ha presentado una serie de reformas a lo largo del tiempo partiendo de la Ley 100 de 1993 a la actualidad, las cuales han tenido como uno de sus objetivos disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud, tal y como se contempla en uno de los principios de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Sin embargo, en esta revisión bibliográfica se logra evidenciar a través de diferentes estudios realizados a la población colombiana, que, a pesar de las buenas intenciones del estado en el momento de la creación de esta ley, la realidad muestra que persisten como principales barreras de acceso a los servicios de salud con un alto porcentaje, las de tipo económico, administrativo y geográfico. Este panorama hace necesario que el estado colombiano continúe trabajando en la generación de estrategias efectivas en pro de mejorar el acceso a los servicios de salud de la población.

Palabras clave: Accesibilidad, Servicios de Salud en Colombia, Barreras de acceso, Ley 1751 de 2015.

Abstract

The health system in Colombia has presented a series of reforms over time, starting from Law 100 of 1993 to the present, which have had the reduction of barriers to access to health services as one of their objectives, as it is contemplated in one of the principles of the Statutory Law 1751 of 2015. However, in this bibliographic review it is possible to evidence through different studies carried out on the Colombian population, that despite the good intentions of the State at the time of creating this law, the reality shows that economic, administrative and geographical barriers persist as the main ones with a high percentage, preventing, in that way, the easy access to health services. This panorama makes it necessary for the Colombian state to continue working on the generation of effective strategies to improve the access to health services for the population.

Key words: Accessibility, Health Services in Colombia, Barriers of access, Law 175 of 2015.

Introducción

El objetivo de esta monografía es analizar los cambios que ha tenido la accesibilidad en los servicios de salud en Colombia desde la implementación de la Ley 1751 de 2015, este se logró a través de una investigación de tipo descriptivo explicativo.

En esta monografía usted encontrara una revisión bibliográfica del impacto de la ley 1751 de 2015 específicamente sobre el principio de accesibilidad a los servicios de salud en Colombia en dos periodos diferentes de tiempo.

La equidad en el acceso a los servicios de salud constituye una preocupación prioritaria para los entes gubernamentales, dadas las múltiples reformas generadas al sistema de salud luego de la creación de la ley 100 de 1993 hasta la fecha. El objeto de dichas reformas ha sido garantizar un acceso equitativo que involucre eliminar diferentes obstáculos: en la búsqueda de atención a un problema de salud (mayor cobertura de afiliación, disminución de barreras geográficas), en la entrada al sistema sanitario (asegurar acceso, oportunidad de citas, cuotas moderadoras y copagos), durante la utilización (demoras de autorizaciones y reprocesos) y al final de la atención (inadherencia e interrupción de tratamientos).

Al día de hoy y luego de la revisión del tema se logra identificar que la implementación de la ley 1751 de 2015 aún no ha tenido un impacto significativo en la accesibilidad a los servicios de salud, por el corto tiempo transcurrido desde su creación y adicionalmente continúan como barreras de acceso sobresalientes las de tipo económico, geográfico y administrativo. Sin

embargo, todos estos cambios propuestos en la ley requieren mayor tiempo para evaluar su efecto ya que representan una serie de retos y adaptaciones importantes para todos los actores del sistema de salud.

Capítulo 1 Problema de Investigación

1. Planteamiento del Problema

El sistema de salud en Colombia está basado en un modelo de competencia regulada el cual fue creado en 1993 (Ley 100), con este modelo se busca un equilibrio entre las partes públicas y privadas del sector salud en el que sus principales fuentes de financiamiento son los aportes de sus empleados y empleadores en el régimen contributivo y para el régimen subsidiado por medio de impuestos generales y diferentes fuentes.

Además, con la Ley 100 de 1993 se hace un avance importante en cuanto al aumento de la cobertura como mecanismo para facilitar el acceso a los servicios de salud y se incorporan los principios rectores del sistema de seguridad social como eficiencia, solidaridad, integralidad y unidad con el fin de mejorar la calidad en la atención teniendo en cuenta a la salud como un derecho fundamental.

Posteriormente en el sistema de salud colombiano se realizaron reformas a esta Ley como fue la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011 en las cuales se incluyeron otros principios y reformas en los planes de beneficios obligatorios en salud que buscaban mejorar la calidad en la atención en salud y la prestación del servicio.

En el año 2015 surge la Ley estatutaria 1751 con el objeto de solucionar los principales problemas del sistema de salud como las barreras en el acceso a los servicios que aún se

evidenciaban a pesar de la última reforma con la Ley 1438 de 2011. Desde la perspectiva del usuario las barreras de acceso están relacionadas con el aspecto geográfico, económico, administrativo, desconocimiento de sus derechos y barreras relacionadas con la oferta como la falta de centros de atención y la mala calidad del servicio.

Debido a esto la Ley 1751 de 2015 incorpora un nuevo principio llamado Accesibilidad el cual define:

“Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y el pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información”. (Ley Estatutaria 1751 de 2015)

Con el propósito de superar las barreras actuales del sistema que han repercutido en la prestación del servicio e impactar de manera positiva en la situación actual del sistema de salud colombiano.

A través de esta monografía se busca analizar ¿Cuál ha sido el impacto de la implementación de la Ley 1751 de 2015 en la accesibilidad actual a los servicios de salud en Colombia?

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

El objetivo de esta investigación es analizar los cambios que ha tenido la accesibilidad en los servicios de salud en Colombia desde la implementación de la Ley 1751 de 2015

2.2. Objetivos específicos

- Describir los aspectos positivos y negativos que ha traído la implementación de la Ley 1751 de 2015 con respecto a la accesibilidad a los servicios de salud en Colombia.
- Plantear posibles oportunidades de mejora que permitan optimizar la accesibilidad a los servicios de salud en Colombia.

3. Justificación

La constitución Política de Colombia de 1991 en su artículo 49 establece que “Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud” (Constitución política de Colombia 1991, Título II, Capítulo II, Art 49, 1991), a partir de allí se inicia un proceso de búsqueda de la garantía de este derecho de los colombianos por medio de la creación de Leyes y la reglamentación al sistema de salud.

Gran parte de la problemática de salud en Colombia radica en las dificultades con respecto al acceso a este servicio, dentro de las principales barreras de acceso que se identifican se encuentra el aspecto geográfico que afecta principalmente a poblaciones apartadas del casco urbano, económico debido a la falta de recursos para transportarse hacia los sitios de atención y para el pago de cuotas moderadoras y copagos, administrativo en cuanto a demoras en la asignación de citas y generación de autorizaciones de servicios, el desconocimiento de sus derechos el cual va de la mano con el nivel de escolaridad y finalmente algunas barreras relacionadas con la oferta como la falta de centros de atención y la mala calidad del servicio.

Toda esta problemática justifica la realización de una investigación a cerca del impacto de la Ley 1751 de 2015, sobre el acceso a los servicios en el sistema de salud colombiano.

Por tanto, la presente investigación se enfocará en analizar los cambios que ha tenido la accesibilidad a los servicios de salud en Colombia desde la implementación de la Ley 1751 de

2015, su importancia radica en la relevancia social debido a que se beneficiarían a los diferentes actores del sistema de salud involucrados (Ministerio de Salud, Población colombiana).

Esto se logra haciendo una descripción crítica de los aspectos positivos y negativos que ha traído la implementación de esta Ley y del planteamiento de posibles oportunidades de mejora, permitiendo así aportar datos que puedan servir para mejorar la Ley 1751 de 2015 con respecto al principio de accesibilidad.

4. Marco Teórico

El sistema de salud en Colombia se modificó con la Ley 100 de 1993, la cual cita:

“Establece que la Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad” (Ley 100 de 1993).

Posterior a la Ley 100 se realizó una reforma con la Ley 1438 del 2011 que tiene como objeto: “El fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de políticas de salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad” (Ley 1438 de 2011).

Una de las problemáticas actuales en el sistema de salud aun con las últimas reformas es la accesibilidad a los servicios la cual se define en la reciente reforma estatutaria como:

“Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y el pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información” (Ley Estatutaria 1751 de 2015)

Teniendo en cuenta este concepto y la panorámica actual de dificultades de acceso a servicios de salud en Colombia, podemos identificar algunos factores que lo determinan como: barreras geográficas, económicas y administrativas.

Con base en esta problemática surge la Ley estatutaria 1751 de 2015 que tiene por “objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección” (Ley Estatutaria 1751 de 2015).

Dentro de los aspectos positivos de la implementación de la nueva reforma a la salud del año 2015 se destacan los siguientes:

- Adiós CTC, bienvenido MIPRES.

La eliminación de CTC fortalece la autonomía médica pues la opinión del médico tratante no debe ser sometida a otra instancia, y mejora la oportunidad en la atención, en la medida que esta no se fragmenta ni dilata por cuenta de trámites administrativos.

El aplicativo MIPRES permite al médico tratante elaborar la prescripción y enviarla a la EPS para que realice el suministro al paciente y este pueda reclamar los servicios o tecnologías (medicamentos, procedimientos, dispositivos médicos, productos nutricionales o servicios complementarios).

- Recursos públicos no pagarán tratamientos sin evidencia.

Adoptar un procedimiento técnico-científico para determinar qué servicios y tecnologías no podían ser financiados con recursos públicos por seis posibles motivos: que fueran cosméticos, estuvieran en fase de experimentación, no tuvieran eficacia ni efectividad clínica, no estuvieran aprobados por el Invima o se prestaran en el exterior.

- Menos barreras para la afiliación.

Unificar y actualizar las reglas de afiliación al sistema de salud, reduce trámites y procesos para los ciudadanos y crea el Sistema de Afiliación Transaccional, el cual permitirá actualizar, en línea y en tiempo real, la base de datos de afiliados.

- Sanciones por negación de servicios.

Se prohíbe la negación de prestación de servicios y se establece que, cuando se trate de una atención de urgencia, no debe solicitarse ninguna autorización previa. Prácticas de esta índole y, en términos generales, las barreras de acceso han sido fuertemente sancionadas por la Superintendencia Nacional de Salud, con mayor énfasis desde la expedición de la LES.

- Política Integral de Atención en Salud (PAIS).

En respuesta en particular a lo referente con la accesibilidad, la integralidad de los servicios, la prevención, los determinantes de la salud, la articulación intersectorial y la atención en zonas marginadas; uno de los principales objetivos de la política es evitar que las urgencias sean la puerta de entrada de los ciudadanos al sistema de salud. (Ministerio de Salud y Protección social, 2017).

5. Metodología

5.1. Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo descriptivo explicativo ya que va a especificar algunos aspectos secundarios a un evento como lo es la implementación de la Ley 1751 de 2015 con respecto a la accesibilidad de los servicios en el Sistema de Salud Colombiano.

5. 2. Formulación de hipótesis

La implementación de la Ley 1751 de 2015 no es garantía de accesibilidad a los servicios de salud.

La accesibilidad a los servicios de salud está relacionada principalmente con barreras geográficas, económicas y administrativas

5. 3. Diseño de la investigación

Esta investigación es de tipo No Experimental de Diseño Longitudinal, con un enfoque Cualitativo que busca analizar los cambios que ha tenido la implementación de la Ley 1751 con respecto a la accesibilidad a los servicios de salud en Colombia

Capítulo 2 Accesibilidad, Sistema de Salud en Colombia, y Ley 1751 de 2015

1. Definición Accesibilidad

Teniendo en cuenta que el tema central de esta monografía es el impacto de la implementación de la ley 1751 de 2015 en la accesibilidad actual a los servicios de salud en Colombia, se hace necesario hacer una breve revisión que nos contextualice en la definición de accesibilidad dada por el autor Donabedian:

“La accesibilidad es una característica de los recursos de atención a la salud. En efecto, en el modelo de Donabedian la accesibilidad constituye un "factor mediador" entre la capacidad de producir servicios y la producción o el consumo reales de dichos servicios. Fundándose en estas consideraciones, Donabedian ofrece la siguiente definición: "Se considera la 'accesibilidad' como algo adicional a la mera presencia o 'disponibilidad' del recurso en un cierto lugar y en un momento dado. Comprende las características del recurso que facilitan o dificultan el uso por parte de los clientes potenciales" (Donabedian, 1973).

Por otro lado, la Ley 1751 de 2015 define este término como:

“Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información” (Ley Estatutaria 1751 de 2015).

La revisión de estas dos fuentes nos lleva a una misma definición del concepto empleando diferente terminología, en donde se tiene en cuenta dos aspectos claves de la accesibilidad, uno de ellos que hace referencia a la disponibilidad del producto o servicio y otro a que se faciliten los medios para llegar a este; no entramos a profundizar en determinantes o factores condicionantes del término ya que más adelante serán descritos con mayor detalle.

2. Sistema de Salud en Colombia

Hablar del Sistema de Salud actual en Colombia implica mencionar como principal referente la Ley 100 de 1993, que, aunque ha tenido varias modificaciones a partir de su creación con el fin de optimizar su objetivo, continúa siendo la esencia de nuestro sistema de salud actual.

Este está compuesto por un amplio sector de seguridad social financiado con recursos públicos y un decreciente del sector privado, su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

La afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que reciben las cotizaciones y, a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S para los afiliados al régimen subsidiado (RS).

El sector privado es utilizado principalmente por la población de mayor recurso económico y un sector de la población de ingresos medios que, por carecer de cobertura o en busca de mejores

condiciones de acceso que ofrece el SGSSS, acude a la consulta privada (Calderón, C. A. A, Botero, J. C, Bolaños, J. O, & Martínez, R. R, 2011).

Existen dos regímenes de aseguramiento que pretenden dar cobertura a toda la población: el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS), vinculados entre sí a través de un fondo de recursos llamado Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Todos los asalariados o pensionados, al igual que todos los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo, tienen la obligación de afiliarse al RC y para hacerlo, pueden elegir libremente una EPS pública o privada.

La contribución total obligatoria equivale a 12.5% de los ingresos laborales, pero en el caso de los trabajadores asalariados o pensionados, estos sólo pagan el equivalente a 4% de su salario, mientras que el empleador (o pagador de pensión) se encarga de pagar el restante 8.5%, en el caso de los trabajadores independientes deben pagar la totalidad de la contribución; las EPS son las encargadas de afiliar y registrar a los usuarios, recaudar las cotizaciones, organizar y garantizar la prestación del POS.

El régimen subsidiado por su parte, se encarga del aseguramiento de todas las personas sin capacidad de pago, la identificación de dicha población es responsabilidad del ente municipal y se lleva a cabo mediante la aplicación de la encuesta del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales (SISBEN).

Los recursos para el financiamiento del Régimen subsidiado son reunidos a través del FOSYGA y equivalen a uno y medio puntos porcentuales provenientes de 12.5% de la cotización del régimen contributivo que se suman a fondos provenientes de otras fuentes fiscales y parafiscales; los beneficiarios de este régimen acuden a las EPS previamente contratadas para la prestación de sus servicios.

Además de los beneficiarios del SGSSS, existen varios grupos que gozan de otros esquemas de seguridad social (4.9% de la población del país) y que pertenecen a los regímenes especiales, tal es el caso del Magisterio, las Fuerzas Militares, la Policía Nacional y quienes laboran en las universidades públicas y en la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL) (Guerrero, R, Gallego, A. I, Becerril-Montekio, V, & Vásquez, J, 2011).

Como mecanismo de sostenibilidad para el sistema se crearon dos tipos de aportes: las cuotas moderadoras y los copagos que los afiliados tienen que realizar de acuerdo con tabuladores y tarifas ajustados por servicios y por grupos de ingresos.

Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización de los servicios y estimular su uso racional al tiempo que se promueve la inscripción de los afiliados en los programas de atención integral desarrollados por las EPS; los copagos tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema y algunos servicios están exentos de cobro, particularmente los de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. (Guerrero, R, Gallego, A. I, Becerril-Montekio, V, & Vásquez, J, 2011)

3. Principales Factores Influyentes en la Accesibilidad a los Servicios de Salud en Colombia.

El acceso a los servicios de salud se define como el proceso mediante el cual puede lograrse atención y satisfacción, Donabedian argumenta que “la prueba de acceso es uso de servicios, no solo la presencia de una instalación” (Donabedian, 1973). Por tanto, el acceso a los servicios de salud hace referencia al proceso por el cual las personas buscan y logran atención.

Para Aday y Andersen, consideran tres dimensiones básicas para entender la relación entre los usuarios de servicios y el sistema de salud: la política, el acceso potencial y el acceso real.

La primera dimensión se refiere a las acciones planeadas y dirigidas por el Estado para mejorar el acceso a los servicios de salud y que incluye la organización del sistema de prestación, la asignación de recursos y la definición de criterios de elegibilidad. La segunda, aborda la interacción entre las características del sistema de salud, tiene en cuenta la disponibilidad y oferta de servicios, y las del individuo, donde influyen factores como recursos disponibles de las personas, seguros de salud, características socio-demográficas, estado de salud, localización y portafolio de servicios con que cuenta el proveedor, entre otras. La tercera, el acceso real, hace referencia al uso efectivo de los servicios de salud y a las experiencias de los usuarios frente a éste (Aday L & Andersen R, 1974).

En esta monografía solo describiremos tres factores que influyen en el acceso a los servicios de salud los cuales son: barreras de tipo administrativo, económico y geográfico.

Barreras administrativas

Las barreras de acceso a los servicios de salud desde las Empresas Administradoras de Beneficios (EAPB) y Empresas Promotoras de Salud (EPS) están relacionadas con el conjunto de estrategias técnico-administrativas que se establecen para prestar servicios a sus afiliados y están regidas por el sistema de salud colombiano.

Se han identificado que las barreras con respecto al acceso a los Planes de Beneficios establecidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), infringen el derecho a la salud establecido por la Constitución Política Colombiana.

Como lo han comentado varios autores, la salud desde hace varios años pasó a ser vista como una “oportunidad de negocio”, se ha enfocado en aspectos principalmente financieros y bajo una óptica gerencial, conllevando a que el lucro se convierta en el foco principal, desplazando la obtención de resultados en salud. De esta forma, los problemas asociados a la negación y accesibilidad de los servicios de salud, se emplean muchas veces como mecanismos de contención de costos, desencadenando consecuencias funestas para el bienestar de muchas personas y sus familias e incrementando la inequidad sanitaria.

De acuerdo a la revisión de artículos las barreras de acceso más destacadas en la parte administrativa son:

- Demora en la asignación de citas.
- Caídas del sistema.

- No registro en bases de datos.
- Negación del servicio.
- Dilación en la atención.
- Trabas burocráticas.
- Demora y reprocesos para la generación de autorizaciones que no debería asumir el paciente (Hernández, J. M. R, Rubiano, D. P. R, & Barona, J. C. C, 2015).

Barreras económicas

Diversos estudios han analizado e identificado el nivel socioeconómico del individuo como un determinante en la probabilidad de utilización de servicios de salud, de acuerdo a esto un claro ejemplo es la falta de dinero como un factor incapacitante para acudir a los servicios en aquellos hogares situados en los quintiles de renta más bajos.

En otros estudios cualitativos analizados, los informantes (usuarios y personal de salud) relacionan la falta de dinero con la incapacidad para hacer frente a los copagos o cuotas moderadoras generada en la prestación de los servicios de salud e incluso algunos casos en donde se requiere hacer compra de medicamentos no incluidos en el POS.

Como un último factor asociado a la accesibilidad a los servicios de salud como barrera económica es el hecho de que se generen desplazamientos adicionales para acceder a otros niveles de atención o a servicios no prestados por las IPS primarias (Vargas-Lorenzo, I, Vázquez-Navarrete, M. L, & Mogollón-Pérez, A. S, 2010), (Hirmas Aday M, y otros, 2013).

Barreras geográficas

Desde la perspectiva de los diferentes actores analizadas, emergen diversas barreras al acceso relacionadas con elementos estructurales como: la disminución de la oferta por cierre de servicios o no cobertura de zonas apartadas y las barreras geográficas, dificultando así la utilización del servicio y por tanto se evidencian zonas con inequidad sanitaria (Vargas-Lorenzo, I, Vázquez-Navarrete, M. L, & Mogollón-Pérez, A. S, 2010).

4. Ley Precedente

El Plan Obligatorio de Salud fue el modelo que se creó con la Ley 100 de 1993, tenía como fin explicar y delimitar hasta qué puntos o a qué tratamientos, podrían acceder tanto el cotizante como los beneficiarios del sistema general de salud.

Como se relaciona en el artículo 162 de la Ley 100:

“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” (Ley 100 de 1993).

Aparentemente el POS tendría muchos beneficios, sin embargo, no fue así a pesar de las múltiples reformas que tuvo la ley 100 durante el periodo de 1993 al 2015. Entre las cuales se destacan:

Ley 1122 de 2007 que tiene por objeto:

“Realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud” (Ley 1122 de 2007)

Ley 1438 de 2011 cuyo objeto es:

“El fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

También se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera” (Ley 1438 de 2011)

Ley 5521 de 2013 en la que se realiza la segunda actualización integral del POS con la incorporación de 45 medicamentos (nuevos principios activos, ampliación de formas farmacéuticas y ampliación de indicaciones). En esta oportunidad, la actualización respondía a criterios adicionales. Además de considerar el gasto no POS (gasto en tecnologías de salud excluidas), buscaba la alineación con las Guías de Práctica Clínica (GPC) promovidas por el Ministerio de Salud para orientar el tratamiento de determinadas patologías.

4.1. Accesibilidad a servicios de salud en Colombia antes del 2015

Corroborando los tres principales factores influyentes en la accesibilidad a los servicios de salud en Colombia, tal y como se describen en este capítulo, se relacionan algunos estudios a nivel país en diferentes momentos de tiempo, antes de la instauración de la ley 1751 de 2015.

Según: (Vargas-Lorenzo, I, Vázquez-Navarrete, M. L, & Mogollón-Pérez, A. S, 2010) en su revisión bibliográfica de artículos publicados entre 1994 y 2009 en Colombia que relaciona factores poblacionales que influyen en la utilización de los servicios de salud como el ingreso económico, la situación laboral o la cobertura sanitaria. En los estudios analizados, los factores que se consideran con más frecuencia son la afiliación y la renta.

La afiliación: Los estudios sobre determinantes señalan diferencias significativas estadísticamente en la probabilidad de utilizar los servicios, principalmente entre población asegurada y no asegurada.

La renta: Los distintos tipos de estudios analizados identifican la renta del individuo como un factor que capacita la utilización de servicios, esta relación también se observa en sentido contrario, es decir, la falta de dinero como factor incapacitante para acudir a los servicios de salud.

En los estudios cualitativos analizados, los informantes (usuarios y personal de salud) relacionan la falta de dinero con la incapacidad para hacer frente a los copagos, comprar medicamentos y gastos de desplazamiento a otros niveles de atención

Según: (Mejía-Mejía, A, Sánchez-Gandur, A. F, & Tamayo-Ramírez, J. C., 2007) en un análisis descriptivo en el departamento de Antioquia se discriminan variables de acceso a servicios de salud por nivel socioeconómico y tipo de afiliación. Para identificar los determinantes del acceso a servicio de salud se construye un modelo Logit cuyas variables explicativas son el estatus socioeconómico, edad, educación, género, ubicación urbana/rural, estado de salud autorreportado y tipo de afiliación a la seguridad social.

En el régimen subsidiado las barreras económicas y geográficas suponen un obstáculo importante para el acceso a servicios de salud, de modo que, aunque la persona pueda llegar a consulta médica, tiene dificultades para continuar y finalizar de forma adecuada el proceso.

El régimen subsidiado tiene una percepción de su estado de salud regular - malo, son más costosos para el sistema, requieren mayor acceso comparado con el régimen contributivo en donde acceden menos porque refiere en su mayoría una percepción del estado de salud mejor o buena, siendo menos costosos para el sistema.

Según: (Jaramillo, I, y otros, 2000) para evaluar los resultados se compararon dos cortes transversales de la población, antes de la Ley 100 que creó el SGSSS en 1993 y después, en 1997, con el fin de evaluar el comportamiento de los indicadores de equidad en el acceso a los servicios de salud: 1) afiliación a la seguridad social en salud y 2) razones para no utilizar los servicios de salud.

El comportamiento de la distribución en la afiliación a la seguridad social en salud es una indicación de los resultados obtenidos por las políticas regulatorias sobre las barreras económicas al acceso. La cobertura en la afiliación pasó del 23,7 % en 1993 al 57,2 % en 1997; este aumento fue mucho más acentuado entre los deciles de ingresos de los hogares más pobres. En el primer decil la cobertura pasó de 3,1 a 43,07 % en el mismo período.

Las razones para no utilizar los servicios de salud proporcionan una visión complementaria y miden la presencia de barreras económicas, funcionales y geográficas que dificultan la accesibilidad a los servicios de salud. Se encontró que, entre los segmentos no cubiertos por la seguridad social en salud, la falta de dinero constituye la principal razón para no utilizar los servicios de salud, en tanto que entre los afiliados es la segunda razón más importante.

Según: (Alvis-Guzmán, N, Alvis-Estrada, L, & Orozco-Africano, J., 2008) se llevó a cabo un estudio ponderando la participación porcentual de los afiliados a las Empresas Promotoras de Salud-EPS del Régimen Subsidiado del municipio de Arjona, Bolívar.

Se encontró que el 53 % de los encuestados considera difícil acceder a los servicios de salud. El 16 % de los afiliados encuestados afirma que es muy fácil acceder a los servicios de salud y el 1 % considera imposible acceder a estos mismos servicios. En cuanto a identificación de barreras de acceso a los servicios de salud, el 36 % de los encuestados considera a las barreras de tipo administrativo (los trámites ante las EPS del RS) como el obstáculo más importante para acceder al servicio; Uno de cada 3 encuestados afirma que las barreras geográficas (distancia de la vivienda) es la principal de las barreras y el 20 % considera que las barreras financieras (copagos) dificultan el acceso a los servicios.

Por último, según: (Vargas Jaramillo, J & Molina Marín, G, 2009) desarrolla una investigación en Bogotá, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga, Pasto y Leticia, buscando incluir las distintas regiones del país, con identidades de contexto cultural y de desarrollo en el SGSSS. Se pretendió tomar cada ciudad como un caso independiente, comparadas con el fin de encontrar características importantes que las diferenciaron. Tras el proceso de análisis, las categorías o subcategorías que emergieron no permitieron visualizar claras diferencias entre las ciudades, salvo en lo relacionado con la capacidad instalada para la prestación de servicios de salud y las barreras geográficas para el acceso.

Los hallazgos se concentran en las siguientes cuatro afirmaciones:

- El aseguramiento en sí mismo no garantiza el acceso a los servicios

El aseguramiento adoptado por la Ley 100, reconoce al afiliado el derecho a ser atendido mediante un paquete de servicios cuando lo requiera. Sin embargo, en la práctica, la población enfrenta múltiples barreras de tipo geográfico, normativo, administrativo, cultural y de oferta para acceder a los servicios.

- Hay limitaciones y barreras en la cadena de las decisiones en salud

Se identificaron condicionantes que incluyen elementos del contexto geográfico, social, político y económico, así como de asuntos relacionados con el sistema y sus normas, la gestión de los actores institucionales (EPS e IPS) y dificultades atribuibles a profesionales y usuarios, que inciden en que el acceso efectivo a los servicios de salud, bajo los criterios de universalidad y equidad, no se cumpla totalmente.

- Las consecuencias de los problemas de acceso recaen sobre diferentes actores: los pacientes y sus familias, los prestadores del servicio y el Estado.

Las limitaciones para el acceso anteriormente enunciadas denotaron consecuencias en la atención en salud, sobre los distintos actores, a saber: Los pacientes sufren la cronicidad y complicaciones de las patologías, el abandono de los tratamientos, incremento de la mortalidad general y obstétrica por barreras económicas de acceso ante la inoperancia de las entidades de control

- Algunos actores realizan esfuerzos, aunque insuficientes, para mejorar el acceso.

Se apreciaron acciones desarrolladas por los actores con el fin de mejorar la posibilidad del acceso a los servicios. Entre ellas se destacan: algunos entes territoriales acuden a funcionarios “puente”, nombrando a representantes de las asociaciones de usuarios que orientan a las personas de zonas rurales y urbanas marginadas sobre los trámites para acceder a los servicios.

- Algunas IPS diseñan estrategias facilitadoras del acceso, como incrementar el número de médicos y ofrecer horarios extendidos.

El estímulo a la atención privada es una salida a las limitaciones de acceso. Sin embargo, a pesar de resolver la necesidad puntual de los usuarios, en definitiva, incrementa los gastos para ellos y sus familias.

5. ¿Por qué Surge la Ley 1751 de 2015 en Colombia?

A partir de la promulgación de la Ley 100 de 1993, el estado colombiano debía garantizar la posibilidad de una atención en salud “digna”. Sin embargo, debido a las barreras económicas de algunas personas que se ven impedidos de recibir algunos tratamientos de salud por parte de las EPS a las que se encuentran afiliados poniendo en riesgo el derecho fundamental de la vida y una posible crisis de salubridad, lo que conlleva que surja la necesidad de instaurar medidas que aseguren sus derechos para tomar acciones inmediatas en el asunto.

En el año de 1994, la corte constitucional comenzó a recibir un gran número de tutelas que tenían relación entre el servicio de la salud y el derecho a la vida. Debido a estas tutelas, la Corte

Constitucional extrajo una sentencia de tipo T caracterizada por ser de cumplimiento inmediato, por esta razón es proferida la sentencia T-760 de 2008, la cual transforma el servicio de salud en derecho fundamental y exige al gobierno nacional solucionar fallas presentadas en el cumplimiento de lo contemplado en la Ley 100 de 1993.

Según la Defensoría del pueblo hasta el año 2015, se habrían puesto más de 115.000 tutelas, todas por la cobertura de POS. La causa que más se destacaba era la inconformidad de la gente, especialmente, porque los hospitales o las EPS les negaban tratamientos vitales o los demoraban.

Debido a todas estas dificultades para acceder a los servicios de salud a principios de 2015, el Ministerio de la protección social presentó la Ley Estatutaria de Salud 1751 teniendo como objetivo “garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección” (Ley Estatutaria 1751 de 2015). Además, daba un plazo no mayor a 2 años para que se reglamentara y se cambiara el modelo que antes se conocía como Plan Obligatorio de salud (POS) Técnicamente, la Ley 1751 acaba con el POS (Jiménez, W. G, y otros, 2016).

5.1. ¿En qué consiste la Ley 1751 de 2015?

La Ley Estatutaria de Salud también es un ejercicio de coherencia que recoge los instrumentos internacionales como la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000) en desarrollo del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) (Naciones Unidas, 2015) y los instrumentos

nacionales que inician por la Constitución Política de 1991, pasan por la jurisprudencia del máximo Tribunal Constitucional y retoman parte de la legislación vigente.

Este ejercicio hace que la Ley, sin ser exhaustiva, haya tomado los elementos principales del derecho y se organice en cuatro capítulos. El primero presenta el objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes. En este apartado se retoman los contenidos, obligaciones del Estado, elementos, determinantes y sujetos de especial protección de la Observación General 14, la carta constitucional y la jurisprudencia, y los principios, evaluación y el sistema de salud de la legislación vigente. El segundo capítulo trata de la garantía y los mecanismos de protección del derecho. Se retoman de la Observación General 14, la carta constitucional, la jurisprudencia y la legislación vigente con prestaciones de salud bajo un régimen taxativo de exclusiones. El tercer capítulo versa sobre los profesionales y trabajadores de la salud. Observa instrumentos internacionales, la jurisprudencia y la legislación vigente. El cuarto, aborda otras disposiciones y recoge los instrumentos antes mencionados.

La Ley Estatutaria de Salud de Colombia es un hito sin haber agotado todos y cada uno de los elementos del derecho a la salud, dado que éste es un derecho complejo en la medida que se correlaciona con otros derechos como precondiciones de la salud y se refleja en elementos de diferentes alcances (Lema A, 2009). Estas complejidades se manifiestan en:

Aspectos científicos en el sujeto de derechos. El ser humano es considerado un sistema abierto en el que las células conforman órganos y estos a su vez sistemas complejos que

funcionan de manera integrada, donde existen, por ejemplo, incertidumbres en la eficacia y efectividad de algunas prestaciones de salud.

Aspectos administrativos en uno de los objetos del derecho. El sistema de salud debe garantizar el acceso y la protección financiera a la vez, es decir, que la capacidad de pago no sea una barrera en acceso y el acceso una causa de empobrecimiento, lo que lleva a un tercer pagador con los problemas inherentes a este, como sobre-diagnóstico, sobre-tratamiento, divorcio entre valor terapéutico y precio, costos de transacción, etc.

Aspectos filosóficos en el financiamiento del derecho. Los recursos deben asignarse con justicia y a la fecha no se conoce de alguna sociedad democrática, incluyendo la nuestra, que haya logrado consenso sobre los principios distributivos en salud.

Aspectos éticos en la conexidad de la dignidad humana con otros derechos que involucra, por ejemplo, la provisión de pañales o al momento de la muerte garantizar la eutanasia cuando se debate entre la tiranía de la esperanza y las distorsiones cada vez mayores de la tecnología.

La garantía de las prestaciones de salud hace parte del disfrute del más alto nivel posible de salud. Para este fin, la Ley Estatutaria de Salud estableció que el sistema de salud debe garantizar la prestación integral de los servicios en todas las fases de atención. La Ley estableció, en particular, un régimen taxativo de exclusiones o prestaciones que no deben ser cubiertas por el sistema, con la excepción explícita del acceso a tratamiento de las personas que sufren enfermedades raras o huérfanas. Para la determinación de las exclusiones, la Ley exige un

mecanismo técnico – científico de carácter público, colectivo, participativo y transparente previo a la posterior exclusión explícita por autoridad competente. También contempla otro mecanismo técnico – científico y participativo con las mismas características que el de las exclusiones para la ampliación progresiva de los beneficios (Ley Estatutaria 1751 de 2015, art 15).

Con la Ley Estatutaria, las prestaciones de salud se dividieron en dos grupos:

- En un primer grupo están las prestaciones con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que protegen el derecho colectivo a la salud en el sentido señalado anteriormente.
- En un segundo grupo, las prestaciones excepcionales, las enfermedades raras, los nuevos medicamentos y algunos servicios sociales complementarios, entre otros, que protegen el derecho individual. En este grupo, los medicamentos, dispositivos y procedimientos son ordenados y autorizados directamente mediante el aplicativo MIPRES.

Con la entrada en vigencia de la Ley Estatutaria y en aras de garantizar un mejor acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad y teniendo en cuenta la autonomía de los profesionales para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo, se eliminó el CTC y se adoptó en su reemplazo un procedimiento denominado Mi Prescripción (MIPRES) (Resoluciones 1328, 2158, 3951 y 5584, 2016) y se mantiene la posibilidad de acceder a través de la acción de tutela.

Por un tiempo, el procedimiento o aplicativo MIPRES estará circunscrito al régimen Contributivo. El Ministerio de Salud adelantará un trabajo con las entidades territoriales para su adopción gradual en el régimen Subsidiado.

Con fundamento en los artículos 6, 15, 17 y 19 de la Ley Estatutaria de Salud, se expidió la Resolución 3951 de 2016 que establece MIPRES como un procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud.

El objetivo es garantizar el acceso a los servicios y tecnologías en salud no incluidas en el Plan de beneficios y de las tecnologías o servicios complementarios que inciden en el goce efectivo del derecho a la salud, aunque no pertenezcan al ámbito de la salud. El reporte de prescripción lo hace el profesional tratante, perteneciente a la red de servicios de la EPS por medio de una plataforma tecnológica.

Los avances de MIPRES son: a) La definición de mecanismos de acceso para uso excepcional de medicamentos vitales no disponibles o de aquellos que requieren ser empleados en indicaciones y/o grupos de pacientes diferentes a lo consignado en el registro sanitario otorgado por el INVIMA, soporte nutricional ambulatorio y servicios complementarios. b) La disminución de barreras de acceso administrativas porque el criterio para el acceso es la pertinencia médica y no median requisitos administrativos. c) La precisión del universo de tecnologías y servicios en salud y complementarios, financiados por recursos públicos. d) El fortalecimiento de la

autonomía profesional y la prescripción de medicamentos por Denominación Común Internacional, entre otras.

La limitación que tiene el MIPRES subyace en que en el caso del régimen subsidiado estas prestaciones de salud están financiadas por recursos públicos del ente territorial por la asunción competencias derivadas de la descentralización y, en algunos casos, hay restricciones económicas para el financiamiento.

En el caso de personas con enfermedades huérfanas y raras, la ley estatutaria de Salud en los artículos 11 y 15 previó que las personas diagnosticadas con enfermedades raras o huérfanas hacen parte de los sujetos de especial protección y los tratamientos dirigidos a estas personas no son afectados por los criterios de exclusión.

La Ley Estatutaria de Salud fijó unos límites para las prestaciones de salud garantizadas con recursos públicos y estableció los siguientes criterios en el artículo 15:

- “a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
- e) Que se encuentren en fase de experimentación;
- f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Adicionalmente, en el tercer inciso del mismo artículo se estableció que los servicios o tecnologías que cumplieran con esos criterios serían explícitamente excluidos por el Ministerio o la autoridad competente, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad. En el párrafo primero del mismo artículo se definió un plazo de dos años para que el Ministerio implementara lo señalado en el artículo.” (Ley Estatutaria 1751 de 2015)

Capítulo 3 Impacto de la Ley 1751 de 2015 Sobre Accesibilidad, Situación Actual

1. Impacto de la Ley 1751 de 2015 en la Accesibilidad a los Servicios de Salud.

Según (Bernal, O & Barbosa, S, 2015) en su ensayo, en Colombia, antes de la reforma de salud de la ley 100 de 1993, la afiliación en salud aproximada era de 60% de la población; los hospitales estaban en crisis permanente con un promedio de ocupación que no alcanzaba 50%. En la actualidad, la afiliación al sistema de salud es de 96.4%: el Régimen Subsidiado (RS) cuenta con 48.5%, contributivo (RC) con 42.8% y 5.2% el régimen de excepción (de trabajadores del Estado, fuerzas militares y Ecopetrol); el 3.6% restante de la población no tiene afiliación en salud; por lo que busca la protección financiera de la población. La nueva reforma de ley estatutaria aprobada genera nuevos cambios: en la ley 100 de 1993, la salud era considerada “un bien y servicio” que proveía el Estado, el cual pasa a ser un “derecho fundamental”, en donde la cobertura universal avanza hacia la prestación de servicios de calidad en salud y no se queda sólo en la “inscripción” o aseguramiento en salud.

Según: (Arrivillaga, M, Aristizabal, J. C, Pérez, M, & Estrada, V. E, 2016) en su encuesta realizada en el departamento del Valle del Cauca la oportunidad de la atención de consulta médica general y con especialista presentó demoras, en especial en el tiempo de autorización por parte de las EPS y de cita efectiva con el médico especialista.

El acceso a medicamentos se vio comprometido, ya que el 25% de los/las encuestados/as reportó problemas, bien sea porque no les fueron entregados a tiempo o porque no estaban incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Según: (García Subirats, 2015) en su estudio comparativo entre los sistemas de salud de Colombia y Brasil se pudo identificar que en las áreas de Colombia se destaca una peor accesibilidad geográfica, mayores costos de la atención y la existencia de autorizaciones solicitadas por las aseguradoras.

El peor acceso geográfico a los servicios de salud en las áreas de Colombia se debe a que las redes de servicios de salud en Colombia las definen las aseguradoras con criterios de mercado.

En relación con las barreras financieras, Colombia presenta un mayor porcentaje de usuarios que realiza algún pago por su atención, ya sea en concepto de copago, cuota moderadora, especialmente para la población del régimen contributivo o pago de prestaciones no incluidas en el Paquete Obligatorio de Servicios (POS) para la población del régimen subsidiado.

Las autorizaciones actúan como barreras de acceso no solo porque a veces se rechaza la atención solicitada sino también por el tiempo y los costes de transporte de los desplazamientos adicionales que se necesitan y desincentivan el uso de servicios.

El tiempo de espera para la atención es elevado, En Colombia el tiempo medio para una consulta en atención primaria es de 10 días, Para la atención especializada los tiempos aumentan hasta 27 días.

Recomendaciones

Luego de la revisión bibliográfica realizada para esta monografía se generan una serie de recomendaciones que pueden contribuir al mejoramiento en términos de accesibilidad al sistema de salud colombiano:

La disminución o eliminación de las inequidades en el acceso a servicios de salud requiere una política integral encaminada no solo a brindar una atención adecuada cuando se presenta la enfermedad sino también a generar condiciones que mejoren el estado de salud de las personas; esto mediante un seguimiento permanente que permita conocer las condiciones de acceso, así como la calidad en la prestación de los servicios de salud.

El gobierno colombiano debe tener una visión a largo plazo para el manejo de los recursos del sector salud partiendo de una investigación detallada de la población colombiana en cuanto al tipo de enfermedades con mayor porcentaje de prevalencia y conocer sus necesidades para hacer un uso más adecuado de los recursos y lograr mejorar la accesibilidad y calidad en el servicio.

En el enfoque de redes se debe aclarar la forma en que se articulan entre ellas y los entes territoriales para reducir los actuales inconvenientes de tipo administrativo que obstaculizan la prestación de los servicios de salud afectando principalmente a la población menos favorecida.

Adicionalmente el estado debe generar estrategias con resultados efectivos que permitan el acceso a los servicios de salud de todos los habitantes del país independientemente de su nacionalidad o condición económica.

Conclusiones

Una de las conclusiones a las que llegamos como equipo de trabajo, es que el sistema de salud en Colombia ha tenido muchas modificaciones durante varios años, las cuales han sido tanto positivas como negativas con una marcada tendencia al desacierto en muchas de las medidas que pretendían mejorar la situación de accesibilidad a los servicios de salud, lo que entorpece el crecimiento del sistema hacia la construcción de un modelo ideal.

En segundo lugar, consideramos que la mayor dificultad que tiene el sistema de salud colombiano es la deficiente línea base o diagnóstico poblacional que tenemos; en la actualidad los servicios de salud son muy reactivos enfrentando al día a día contrastado con una poca estructura en el ámbito de la prevención que impulse innovación de servicios, este fenómeno como se mencionó anteriormente obedece a que desconocemos de qué nos enfermamos, que necesidades tenemos como sociedad y que barreras limitan el acceso a los servicios de salud. Colombia por ser un país diverso no debería manejar cifras estadísticas generales que muestran apenas una fotografía de la morbilidad y mortalidad, la información epidemiológica debe considerar las particularidades de cada región, ya que la situación de salud no es la misma para quienes viven en el interior del país que para quienes viven en las zonas costeras o de selva, por ejemplo.

Finalmente, la ley estatutaria 1751 de 2015 es el primer paso para que la salud en Colombia sea realmente un derecho fundamental del que todos los ciudadanos debemos gozar con plenitud, sin embargo, para que este ejercicio sea posible es necesario que se fortalezcan los sistemas de salud basándose en evaluaciones robustas que incluyan aspectos de suma importancia como la

calidad de los servicios, la percepción de la población, la oportunidad de los servicios, la satisfacción del cliente, entre otras; y se rompa el paradigma de que lo estadísticamente importante es cuantos se afilian, cuantos se desafilian, cuantos enferman o cuantos mueren. El Estado como garante de derechos debe promover estos análisis que permitan direccionar con más enfoque las actuaciones frente a la búsqueda de un sistema ideal basado en la mejora continua, en el cual se eliminen o mitiguen al máximo posible las barreras de acceso a los servicios de salud.

Bibliografía

Aday L, & Andersen R. (1974). *A framework for the study of access to medical care*. Health Services Research 1974; 9(3):208-220.

Alvis-Guzmán, N, Alvis-Estrada, L, & Orozco-Africano, J. (2008). Percepción sobre el Derecho a la Salud y Acceso a Servicios en Usuarios del Régimen Subsidiado en un Municipio Colombiano. 2005. *Revista de Salud Pública*, 10, 386-394.

Arrivillaga, M, Aristizabal, J. C, Pérez, M, & Estrada, V. E. (2016). Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. *Gaceta Sanitaria*, 30, 415-420.

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

Calderón, C. A. A, Botero, J. C, Bolaños, J. O, & Martínez, R. R. (2011). *Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2817-2828.

Constitución política de Colombia 1991, Título II, Capítulo II, Art 49. (06 de Junio de 1991). Colombia. Obtenido de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Documents/Constitucion-Politica-Colombia.pdf>

Díaz Grajales C, Zapata Bermúdez Y, & Aristizábal Grisales JC. (2015). Acceso y satisfacción con servicios curativos: Análisis de casos en afiliados al régimen contributivo y afiliados al régimen subsidiado en un barrio estrato 2. Cali, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.*, 14(29): 155-178. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgygs14-29.assc>

Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration: Specifying requirements for health care*. Cambridge: Mass. Harvard University Press.

García Subirats, I. (2015). Acceso a la atención en los sistemas de salud de Colombia y Brasil. Un análisis de las barreras, los factores determinantes y la equidad en el acceso. *Doctoral dissertation, Universitat Pompeu Fabra.*

Guerrero, R, Gallego, A. I, Becerril-Montekio, V, & Vásquez, J. (2011). *Sistema de salud de Colombia. salud pública de méxico.* México: 53, s144-s155.

Hernández, J. M. R, Rubiano, D. P. R, & Barona, J. C. C. (2015). *Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana.* *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 1947-1958.

Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, & Vega Morales J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*, 33(3):223–9.

Jaramillo, I, Martínez, R, Olaya, S, Reynales, J, Uribe, C, Castaño, R. A, & Angarita, J. (2000). Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. *Revista de Salud Pública*, 2(2), 145-164.

Jiménez, W. G, Angulo, L. L, Castiblanco, Y. P, Gómez, M. L, Rey, L. J, Solano, L. T, & Urquijo, Y. C. (2016). Ley estatutaria: ¿avance hacia la garantía del derecho fundamental a la salud? *Revista colombiana de cirugía*, 31(2).

Lema A, C. (2009). *Salud, Justicia, Derechos. El derecho a la salud como derecho social, Colección Derechos Humanos y Filosofía del Derecho.* Dykinson.

Ley 100 de 1993. (23 de Diciembre de 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Colombia. DO:41148

Ley 1122 de 2007. (09 de Enero de 2007). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Colombia.

DO:46506

Ley 1438 de 2011. (19 de Enero de 2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Colombia. DO:47957

Ley Estatutaria 1751 de 2015. (16 de Febrero de 2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Colombia. DO:49427

Mejía-Mejía, A, Sánchez-Gandur, A. F, & Tamayo-Ramírez, J. C. (2007). Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 9, 26-38.

Resolución 5521 de 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social). (27 de Diciembre de 2013). Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones. Colombia. Obtenido de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60055>

Vargas Jaramillo, J, & Molina Marín, G. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias.

Vargas-Lorenzo, I, Vázquez-Navarrete, M. L, & Mogollón-Pérez, A. S. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista de salud pública*, 12, 701-712.