



Partido de **Unión**  
por la gente.

# **SALUD EN COLOMBIA:** **HACIA UN SISTEMA INTEGRAL**



# SALUD EN COLOMBIA: HACIA UN SISTEMA INTEGRAL

En Colombia antes de 1993 el sector salud se encontraba segmentado en tres subsistemas que se encargaban de asegurar diferentes sectores de la población: el privado, que atendía a personas con capacidad de pago de pólizas de medicina prepagada; el de seguridad social, que atendía a trabajadores privados y empleados públicos; y el sistema nacional de salud, que atendía a los colombianos que no estaban asegurados. El sistema reflejaba precariedad en la cobertura y presentaba desigualdad en la calidad de los servicios prestados.

Para dar solución a las dificultades del antiguo sistema de salud se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual hace parte del Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSI) contemplado en la Ley 100 de 1993. Con este nuevo modelo se unificaron los subsistemas que componían el sistema de salud anterior, se mejoró la financiación del sector, se aumentó la cobertura logrando la universalidad y un acceso más equitativo.

Surgirían una serie de retos para la consolidación de un sistema de salud que cumpla con los principios de eficiencia, solidaridad, integralidad, equidad, unidad y participación. Entre estos desafíos es importante mencionar: la asimetría en el acceso, el flujo de los recursos a través del sistema, la morbilidad y mortalidad en casos específicos y las condiciones laborales de la mano de obra en salud.

Para entender la complejidad del sistema de salud y las necesidades de este, en el presente documento se explicará la estructura del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para así entender los diferentes actores que lo componen, los tipos de regímenes y el flujo de los recursos. Luego, se expondrán los logros alcanzados y los retos presentes, obteniendo un panorama general del estado actual. Expuesto lo anterior, se hará una recopilación de las

propuestas, logros y leyes que el Partido de la Unión por la Gente ha tramitado para el beneficio y progreso del sector. Finalmente, se presentará la visión concebida desde el Partido de la U de un sistema de salud integral, integrado y digno para todos los colombianos.

## 1. Un sistema de salud obsoleto

Como se mencionó anteriormente, la salud en Colombia antes de la gran reforma de la Ley 100 estaba compuesto por tres subsistemas: el sistema de seguridad social, el sector público y el sistema privado. Cada sector obtenía sus recursos de forma diferente; en el sector de seguridad social el ISS se financiaba con el 7% del total de ingresos laborales de cada trabajador, esta cotización daba acceso total a los servicios del sistema para el afiliado, mientras que a la familia le permitía un acceso parcial. Por otra parte, las cajas de previsión social se financiaban con el 5% de los ingresos de trabajadores públicos y aportes del Estado, con lo que se financiaban los servicios de salud y pensiones (Santamaría, 2011).

De otro lado, el sector público dependía financieramente de los departamentos y el ministerio de salud. Los recursos provenían del Situado Fiscal, porcentaje que se cedía a los departamentos por sus aportes en el recaudo de impuestos nacionales para financiar gastos en salud y educación. También se captaban recursos a través del recaudo obtenido por rentas cedidas, impuestos por concepto de licores, tabaco, juegos de azar y los recursos que algunos municipios asignaban de su presupuesto (Santamaría, 2011).

Esta dispersión del sector generó numerosas dificultades, entre estas la cobertura, así, para 1991 solo el 31.4% de la población colombiana tenía acceso a la seguridad social, es decir 10'363.572 personas. A continuación, una tabla con la cobertura a detalle:

**Tabla 1. Cobertura de la Seguridad Social en Salud, 1990.**

MODO DE AFILIACIÓN	POBLACIÓN CUBIERTA	PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN TOTAL
Afiliados ISS	2.724.340	8,3
Afiliados a la Caja Nacional de Previsión	228.074	0,7
Afiliados a otras entidades de Seguridad Social	525.648	1,6
Beneficiarios ISS	4.704.274	14,3
Beneficiarios otras entidades de Seguridad Social	2.181.238	6,7
Total	10.363.572	31,4

Fuente: Zuleta (1991)

Dicho lo anterior, casi el 70% de la población colombiana que no tenía acceso a la seguridad social era asegurado a través del sector público, financiado principalmente con recursos del Estado. Estos recursos se giraban a los departamentos para ser administrados por Servicios Seccionales de Salud que tenían a su cargo hospitales públicos de tercer y segundo nivel, quienes a su vez administraban los hospitales locales. Como estos servicios seccionales se encargaban de la administración del presupuesto departamental para salud, se les asignaba una multiplicidad de funciones, tales como el nombramiento del recurso humano, y la vigilancia de indicadores de salud pública, recursos físicos y financieros. Esta delegación de funciones creaba un sistema altamente burocratizado, ineficiente y corrupto, como consecuencia de la falta de vigilancia y la prevalencia de intereses políticos locales (Santamaría, 2011).

Dicho sistema, además de tener una muy baja cobertura y un manejo fragmentado de los recursos, contaba con un alto nivel de desigualdad y poca solidaridad al interior del mismo. Aunque los aportes eran proporcionales al ingreso de las personas, no se coordinaban recursos de solidaridad entre el sector público y el privado para atender a las personas no aseguradas.

## 2. Los principios de la reforma de la Ley 100 de 1993

Debido a la clara ineficiencia del anterior sistema de salud, la Ley 100 de 1993 se creó basada en una serie de principios que buscaban garantizar el derecho a la salud a todos los colombianos. En primer lugar, se estableció la creación de un sistema de competencia entre aseguradoras para mejorar la calidad de los servicios de salud y lograr la afiliación de todos los colombianos al mismo. Con esta decisión se eliminan el sector público y el privado y se crean los regímenes contributivo y subsidiado. También se asigna un monto fijo de recursos por afiliado a las aseguradoras, según una única bolsa de procedimientos y medicamentos, conocida como Plan de Beneficios en Salud - PBS -. De esta forma se obliga a las empresas de aseguramiento a competir tomando en cuenta solo la calidad del servicio prestado.

El segundo principio que se estableció fue el de promover la competencia entre las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Las compañías de aseguramiento con esta nueva reforma se ven en la obligación de elegir cual IPS contratar para prestar servicios a los afiliados tomando en cuenta la calidad y los precios de los servicios prestados. Con esta decisión se eliminaron parte de los subsidios a hospitales públicos. Aunque aún persiste el subsidio de la oferta, el cual proviene del 3% del 10% de lo presupuestado en el Sistema

General de Participaciones para hospitales públicos en zonas alejadas. Los demás recursos son destinados ahora para la ampliación de la cobertura a través del Régimen Subsidiado.

En tercer lugar, se instauró la regulación de la competencia como un principio fundamental para el funcionamiento del sistema. Con esta reforma el Gobierno se encarga de intervenir en el mercado informando a los usuarios del sistema, sancionando la elección adversa de los asegurados e impidiendo la formación de monopolios dentro de las Instituciones Prestadoras de Salud y las Entidades Promotoras de Salud.

Finalmente, como principio fundamental de la reforma, se estableció la solidaridad entre los regímenes contributivo y subsidiado y los diferentes perfiles de riesgo de las personas, creando así una serie de aportes transversales en el sistema que buscan el financiamiento solidario por parte de todos los afiliados.

### **3. El Sistema General de Seguridad Social en Salud**

Para cumplir con los objetivos de total de aseguramiento, equidad, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios y resolver los problemas del antiguo sistema de salud, la Ley 100 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, este cuenta con tres regímenes: el contributivo y el subsidiado, mencionados anteriormente, y el régimen de subsidio parcial. El régimen subsidiado (RS) está conformado por personas que tienen bajos ingresos, identificados a través del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN). La población que se acoge a este régimen recibe aseguramiento individual sin costo alguno con un seguro de salud que cubre una gran cantidad de eventualidades. Por otro lado, al Régimen Contributivo (RC) acceden todas las personas con capacidad de pago que tienen un trabajo formal. Finalmente, el régimen de subsidio parcial se presenta como un plan de beneficios más reducido que los dos anteriores, dirigido a personas con capacidad de pago limitado que tienen un nivel de SISBEN igual o superior a 3 (Santamaría, 2011).

El paquete de beneficios al cual tienen acceso los usuarios del sistema, de manera inicial fue definido por el Plan Obligatorio de Salud, el cual se conformó como un plan de protección integral con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales. Cada tipo de afiliación tenía un contenido específico, que contemplaban un aseguramiento más o menos amplio según el régimen. Adicional a estos, se plantearon los planes complementarios que se dividen en Planes Opcionales de Atención Complementaria y los planes de medicina prepagada, los cuales ofrecen servicios de mayor calidad y, consecuentemente, de mayor precio (Santamaría, 2011). Esta figura fue reemplazada por los Planes de Beneficios en Salud, estos cumplen la misma función que los POS pero ofrecen un catálogo de servicios más amplio.

Los principios establecidos anteriormente dieron paso a que la Ley 100 ejecutara la administración y prestación de los servicios de salud tomando en cuenta el Plan de Beneficios en Salud de cada uno de los regímenes, disponiendo como delegadas a dos entidades: las Entidades Promotoras de Salud -EPS-, y las Instituciones Prestadoras de Salud -IPS-. Las EPS son compañías de seguros que se encargan de garantizar la prestación del PBS a los afiliados al Régimen Contributivo y subsidiado. Las IPS, por su parte, son hospitales, centros de salud de carácter público, privado, mixto, comunitario o solidario que se encargan de proveer directamente los servicios de salud (Santamaría, 2011).

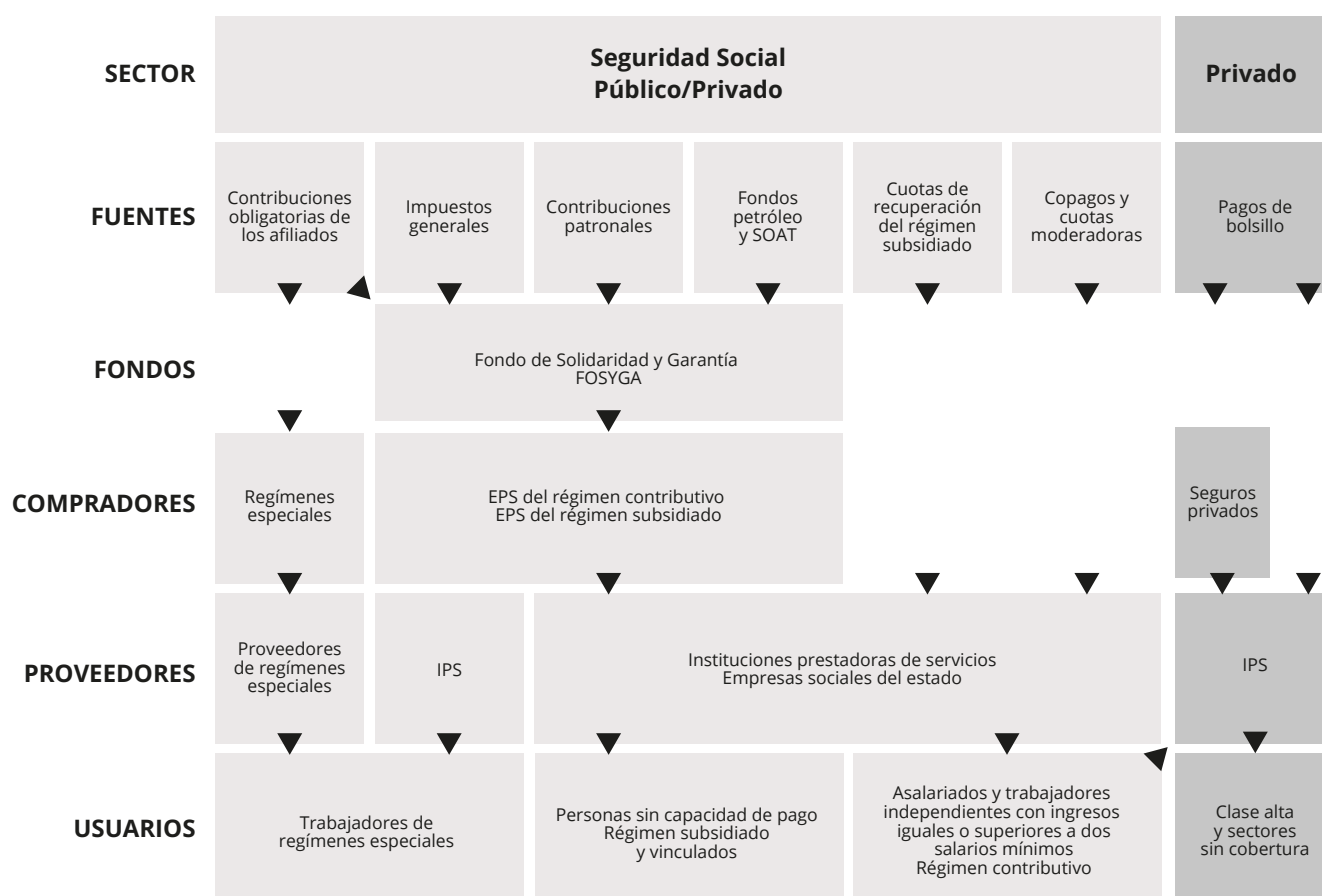
Como intermediador de la oferta y la demanda entre los actores del sistema estaba el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Este fondo manejaba los recursos del SGSSS para garantizar la compensación entre afiliados del Régimen Contributivo y recolectar los aportes de solidaridad dirigidos al Régimen Subsidiado. Actualmente esta figura fue reemplazada por el ADRES, una entidad con personería jurídica, capacidad administrativa y de manejo. Este funciona como un mecanismo de compensación de todo el sistema, ya que recauda todos los aportes y compensa a las EPS con una Unidad de Pago por Capitación por cada afiliado (Santamaría, 2011).

Para cumplir las funciones de regulación,

vigilancia y direccionamiento del SGSSS la Ley 100 de 1993 contempló en un principio tres agentes: el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), que hoy en día se encuentra extinto como máxima autoridad de dirección del sistema, responsable de fijar el valor de las UPC, y que se encargaba de diseñar el contenido de los PBS, establecer los criterios de selección del RS, entre otras funciones; el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual se encarga de la formulación de políticas del sector, estrategias, diseño de planes, programas, normas y regulaciones en pro de la gestión eficiente del sistema; y la Superintendencia Nacional de Salud, la cual vigila, inspecciona y controla los actores del sistema (Santamaría, 2011). Actualmente, estas figuras, a excepción de la Supersalud, han sido reemplazadas por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.

El siguiente esquema sintetiza la organización institucional del SGSSS planteada en un principio por la Ley 100 de 1993:

**Figura 1. Organización institucional SGSSS planteado en la Ley 100.**



SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito  
 Regímenes especiales: fuerzas militares, Policía Nacional, Empresa Colombiana de Petróleos, magisterio, universidades  
 EPS: entidades promotoras de salud  
 IPS: instituciones prestadoras de servicios

Fuente: Guerrero, Gallego, Becerril y Vásquez (2011)

#### 4. Avances y dificultades del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Desde la implementación del SGSSS en 1995 hasta la actualidad, se han hecho avances importantes en materia de cobertura, sostenibilidad financiera, acceso y calidad de los servicios. No obstante, el sistema ha demostrado tener también grandes dificultades en los indicadores mencionados, afectando significativamente la prestación del servicio y el goce del derecho a la salud por parte de la ciudadanía. Por consiguiente, es necesario hacer una revisión de las fortalezas y debilidades del SGSSS para así, hacer propuestas que construyan un sistema de salud integral e integrado.

##### A. Cobertura universal pero asimétrica

Uno de los logros más importantes del actual sistema de salud ha sido alcanzar la universalidad pues las nuevas condiciones institucionales propiciaron el aumento exponencial de los inscritos, pasando de una afiliación del 29.2% en 1995 al 99% registrado en 2021. Este importante avance en el acceso a servicios sanitarios por igual ha tenido un importante efecto en el cierre de brechas entre ricos y pobres dentro del sistema (ACHC, 2022). En la siguiente gráfica se puede observar el comportamiento que ha tenido la afiliación hasta el año 2021:

A pesar del importante avance que ha tenido la cobertura del aseguramiento, las cifras reflejan una visión limitada del concepto de cobertura, pues no se enfoca en las condiciones particulares de cada afiliado según su posición geográfica, régimen, EPS e IPS. En consecuencia, diferentes grupos poblacionales presentan niveles de acceso, continuidad y coordinación de los servicios desigual (ACHC, 2022). En la siguiente figura, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas hace un acercamiento a las definiciones de cobertura, los diferentes casos y la representación gráfica de estos:

Figura 3. Definiciones de cobertura en salud



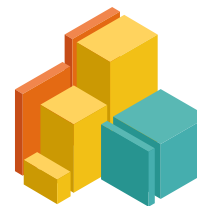
1. En teoría la cobertura se entiende como un cubo (3 dimensiones); número de personas cubiertas, contenido del plan de beneficios y recursos para adquirir estos componentes.

Fuente: Informe sobre la salud en el mundo; organización mundial de la salud; 2010.



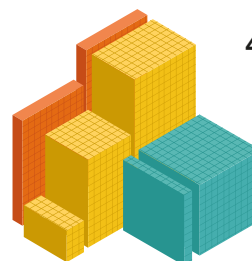
2. Pero los teóricos han encontrado que esos atributos no son simétricos y por eso plantean que la segmentación entre regímenes menoscaba la cobertura.

Fuente: El gasto y la prioridad de la salud en Colombia; grupo de economía de la salud; 2015.



3. Para Colombia es evidente que la diferencia entre regímenes como el contributivo y el subsidiado y otros planes diferencia negativamente el alcance de la cobertura.

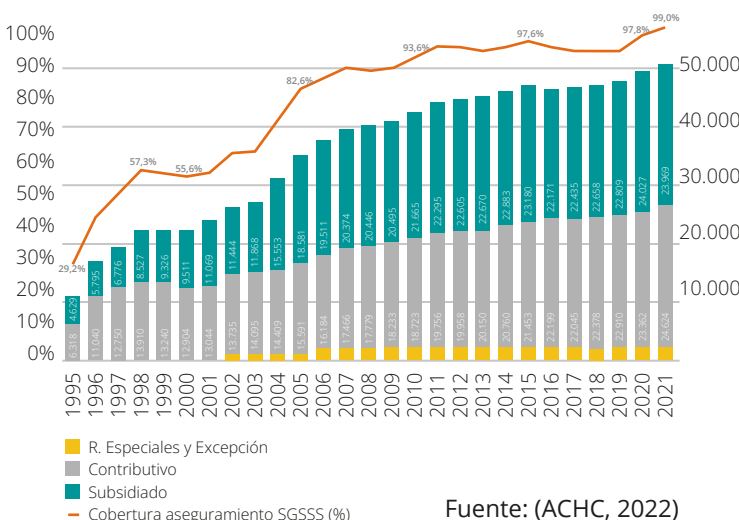
Fuente: Disaggregating The Universal Coverage Cube. Roberts, Hsiao, Reich; 2015.



4. La ACHC encuentra que lo anterior tiene segmentaciones al interior de cada grupo de acuerdo a la EPS a la cual está afiliada cada persona, a la red que tiene contratada y al nivel de fragmentación de los servicios. Esto lo hemos denominado "cobertura pixelada". Cada grupo poblacional tiene diferentes niveles de acceso, continuidad y coordinación de los servicios y por ende la cobertura es desigual e inequitativa.

Fuente: Elaboración ACHC, 2016.

Figura 2. Afiliación y cobertura total nacional. Total histórico.



Fuente: (ACHC, 2022)

Fuente: (ACHC, 2022)

### B. Acceso y calidad de los servicios

El SGSSS nació como un sistema de competencia regulada bajo la premisa de garantizar la prestación del servicio de salud a todos los ciudadanos tomando en cuenta los Planes de Beneficios en Salud. Este conjunto de servicios a los cuales puede acceder el afiliado se ha modernizado a través de los años, logrando cubrir una amplia variedad de tratamientos y medicamentos que benefician especialmente a las personas vinculadas al régimen subsidiado.

Además de los PBS como mecanismo para garantizar el bienestar a todos los usuarios del sistema sin importar su condición social, en los años siguientes a la implementación del SGSSS se creó la Ley 1122 de 2007, la cual contempla medidas para garantizar el acceso a los más vulnerables a servicios de salud de alta calidad. Entre estas medidas está el desmonte de barreras de acceso para la población pobre eliminando las cuotas moderadoras y los pagos compartidos para el nivel 1 del régimen subsidiado. También se disminuyó el tiempo de cotización mínima para recibir servicios de alto costo de 1,9 años a 0,5 años, logrando así el acceso oportuno a tratamientos por parte de los afiliados y la oferta de servicios de mayor calidad por parte de las aseguradoras (Santamaría, 2011).

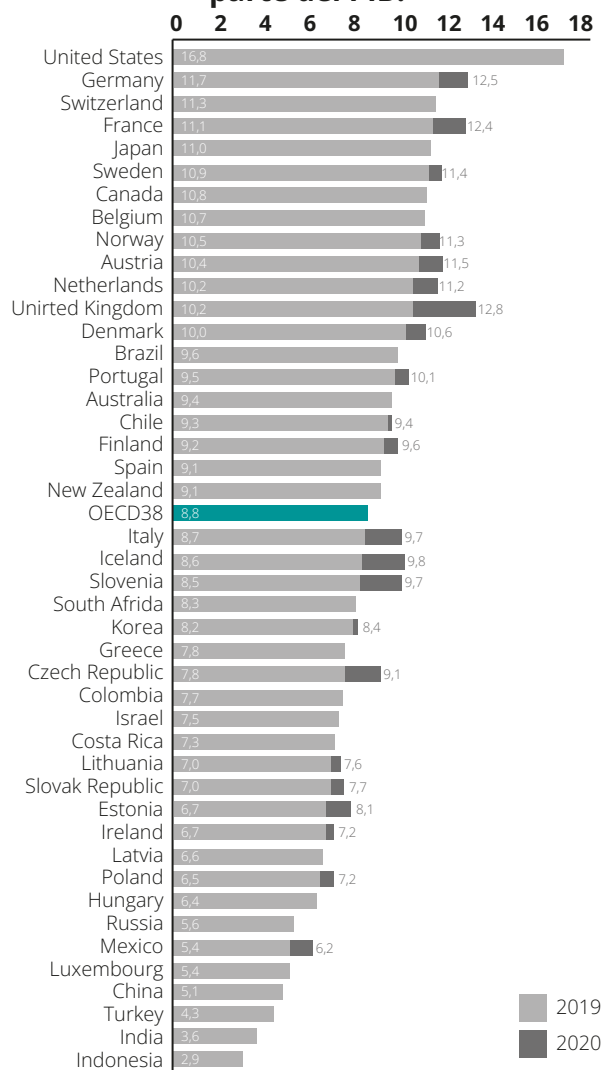
Existe una profunda discordancia entre los diferentes actores que componen el sistema para realizar una gestión intersectorial de los problemas respecto a la prevención de enfermedades, coordinación de programas de salud y atención al paciente. Este alcance limitado y descoordinación de los actores se ve acentuado en territorios periféricos o rurales debido a una profunda territorialización del sistema. Como consecuencia de esta atención fragmentada, los ciudadanos muchas veces son víctimas de extensos tiempos para acceder a servicios de salud, tratamientos de mala calidad y atención precaria por parte del personal que conforman las instituciones del sistema.

### C. Sostenibilidad financiera

El Sistema General de Seguridad Social en Salud se financia por medio de tres fuentes principales: los

aportes que realizan los beneficiarios del régimen contributivo, los impuestos generales y las rentas territoriales. Estos medios de recaudo permitieron para el año 2021 tener un gasto total en salud del 7.3% del PIB, cerca de 89 billones de pesos y 1213 dólares per cápita, gasto de gobierno que respecto al gasto total se ubica por encima de la media de países de la OCDE (Figura 4) (ACHC, 2022). Además, el sistema posee uno de los gastos de bolsillo (pagos directos que tienen que hacer los hogares en bienes y servicios del sector salud como medicamentos, hospitalizaciones o procedimientos ambulatorios, entre otros) más bajos de la región, este es solo del 15% (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

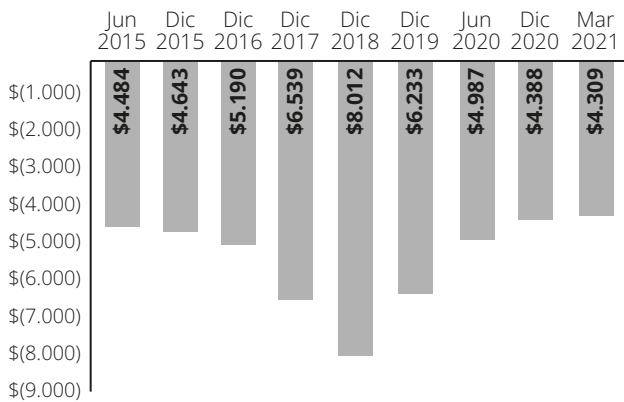
Figura 4. Gasto en salud como parte del PIB.



Fuente: OECD Health Statistics 2021, WHO Global Health Expenditure Database. StatLink: <https://stat.link/gdkzq>

A pesar de la capacidad financiera que actualmente el sector salud posee y las facilidades de pago disponibles para los colombianos, el sistema tiene un serio problema con el flujo y la administración de los recursos. Esto se debe principalmente a la asimetría de la información, la gran cantidad de actores que participan en el sistema, la fragmentación, la complejidad en los procesos y los gastos crecientes de los insumos médicos y las nuevas tecnologías (ACHC, 2022). Estos factores han causado, por ejemplo, un elevado defecto patrimonial en las EPS afectando significativamente la prestación de servicios de salud a los usuarios y generando una profunda crisis de sostenibilidad financiera en el sistema, como refleja la siguiente gráfica:

**Figura 5. Defecto patrimonial EPS 2015-2021**



Fuente: (Supersalud, 2021).

Además, según cifras de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, hay un endeudamiento en la cartera que, desde 1998, ha aumentado significativamente año tras año. Según la ACHC: “el valor total y real de la cartera por venta de servicios de salud (sin incluir el deterioro de cartera morosa por edades), para el conjunto de las 207 instituciones que reportaron, es \$ 12.7 billones de pesos con una concentración de cartera en mora (mayor a 60 días) del 56,9 % (\$ 7.2 billones)” (ACHC, 2022). La siguiente gráfica muestra el comportamiento histórico de la cartera desde 1998 hasta 2021:

**Figura 6. Comportamiento histórico de cartera 2002-2021**



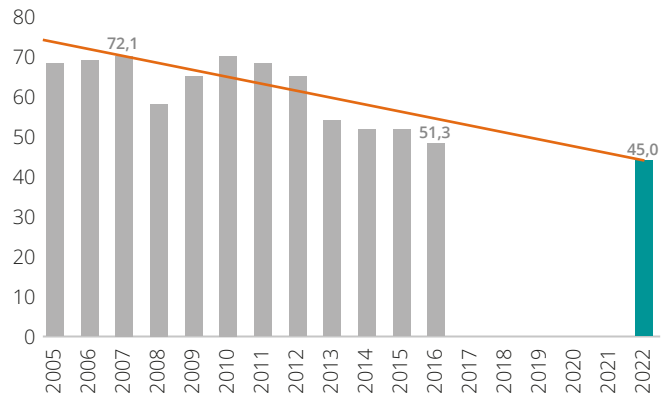
Fuente: (ACHC, 2022)

#### D. Indicadores sanitarios

Ahora bien, los indicadores en materia de salud reflejan que los temas concernientes al esquema de vacunación, y la mortalidad se han presentado resultados óptimos. Respecto a la vacunación por COVID-19 en Colombia se han aplicado 88.274.900 dosis de vacunas y se han completado 31.181.373 esquemas. El programa de vacunación nacional, excluyendo lo previsto contra el COVID-19, comprende 21 biológicos para evitar 26 enfermedades, este contempla la vacunación gratuita y con efectividad demostrada para la primera infancia, reduciendo así la mortalidad y morbilidad evitable.

Respecto a los indicadores de mortalidad las proyecciones muestran una evidente reducción significativa de los resultados a nivel nacional a lo largo del tiempo, tal y como se puede observar:

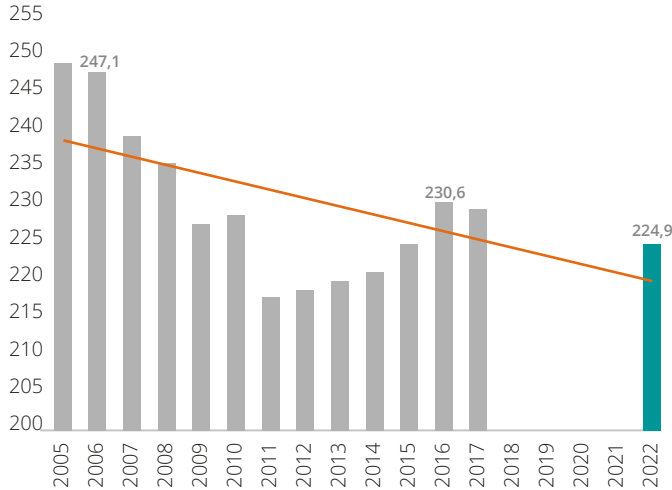
**Figura 7. Mortalidad materna**



Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

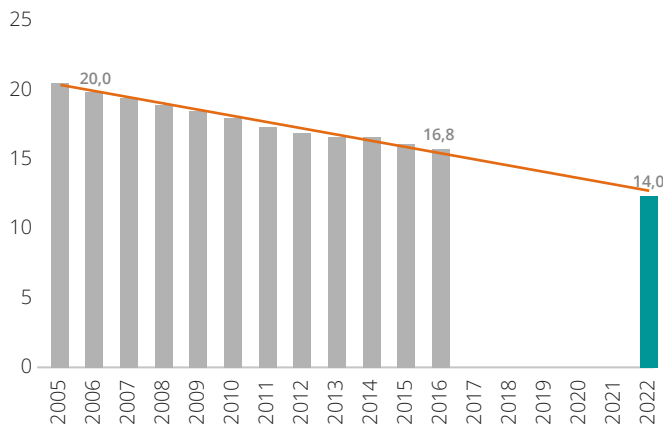


**Figura 8. Mortalidad prematura por enfermedad crónica en población 30-70 años**



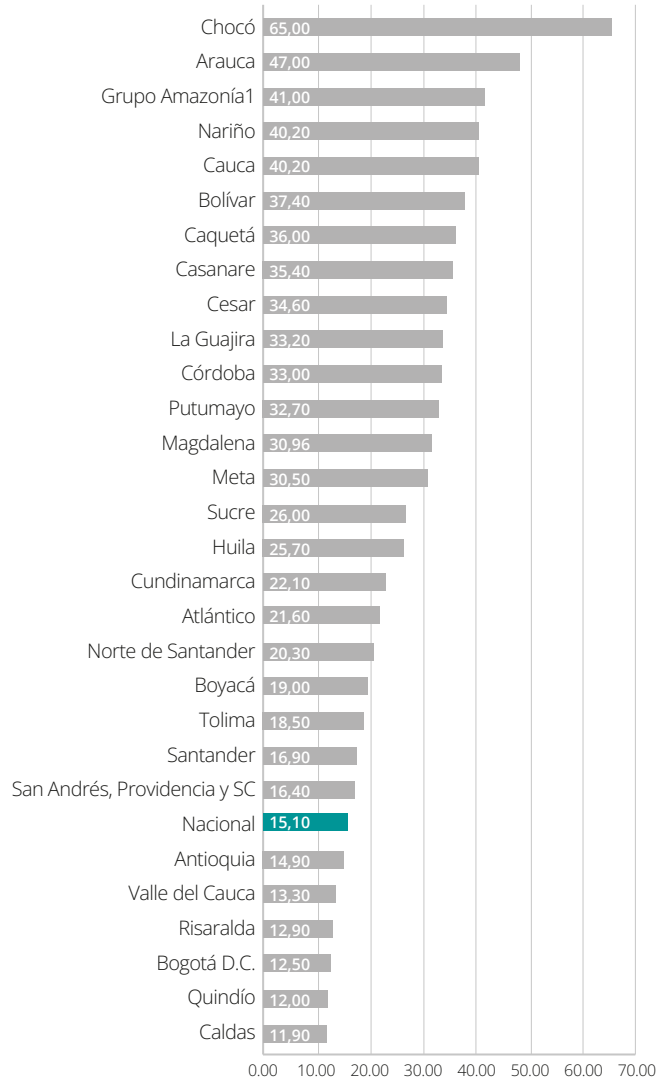
Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

**Figura 9. Tasa de mortalidad infantil ajustada (x 1.000 nacidos vivos)**



Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

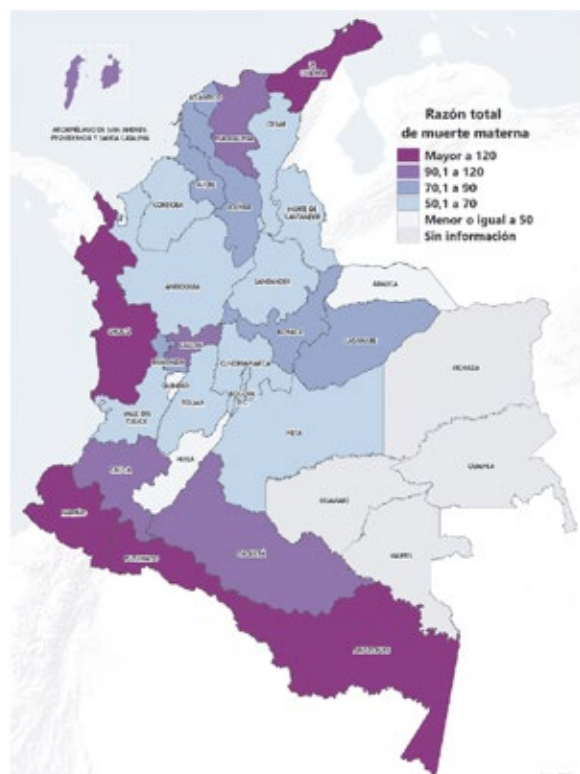
**Figura 10. Tasa bruta de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos), por departamentos 2015-2020**



Fuente: DANE. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020

No obstante, a nivel territorial los escenarios varían. Por ejemplo, para los indicadores de mortalidad infantil y mortalidad materna hay una concentración de las defunciones en algunos departamentos, lo cual refleja una desigualdad en la calidad de los servicios de salud y las condiciones sanitarias:

**Figura 11. Razón total de muerte materna según departamento 2020**



Fuente: (DANE, 2020)

## 5. La historia del Partido de la U en la transformación del sistema de salud

El sistema de salud colombiano ha alcanzado grandes logros a lo largo de treinta años de funcionamiento después de una profunda reforma estructural, consiguiendo una cobertura casi universal del aseguramiento en salud que permitió pasar del 29.1% en 1995 al 99% de la población afiliada al sistema sanitario en 2021, la ampliación y unificación de los planes de beneficios, la reducción del gasto de bolsillo y el avance hacia la atención en salud de personas vulnerables, reflejado en la poca representatividad de la población pobre no asegurada en el universo de los regímenes del sistema de salud (Salamanca, 2022).

Pero la injerencia del Partido de La U no sólo se ha limitado a los aspectos de organización e institucionalidad del sistema de salud, también se ha preocupado por atender asuntos de interés público en el sector, tales como la concepción de

la ley de obesidad, de control del tabaco, la atención integral de cáncer y el reconocimiento de las enfermedades huérfanas. Los logros de la colectividad son una realidad, después de un proceso de acercamiento ciudadano y la sabia interpretación de sus necesidades. A continuación, se presenta una descripción de algunas importantes iniciativas que hemos logrado como colectividad en el sistema de salud:

**1. Ley 1122 de 2007<sup>1</sup>(primer ajuste a La Ley 100 de 1993):** A pesar de los avances que trajo consigo la Ley 100 de 1993, el sistema de salud persistía en grandes falencias relacionadas con el flujo de recursos hacia los prestadores, ausencia de intervenciones colectivas en salud, así como la falta de acciones de promoción y prevención (Yepes 2010). Con la nueva reglamentación se creó el Plan Nacional de Salud Pública, el control de calidad por resultados, la regulación de la integración vertical, funciones de inspección, vigilancia y control del sistema, contratación del 60% del gasto en salud con los hospitales públicos, entre otros relacionados con la gobernanza del sector.

**2. Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud):** Fue la falta de algunos tipos de recursos humanos, la mala distribución en el país, la baja utilización de médicos en el primer nivel de atención, la falta de información sobre muchos de los aspectos y la ausencia de una institución encargada de la planeación de los recursos humanos y de su adecuada capacitación, lo que originó la necesidad de crear una ley de talento humano en salud.

Gracias a la ley, se logró involucrar los trabajadores en el sector salud, crear órganos de apoyo para la articulación de políticas, como el Consejo de Recursos Humanos en Salud, el Observatorio de THS y los colegios profesionales, los cuales están encargados de velar por los valores de THS que le permita ejercer sus derechos y deberes.

**3. Ley 1438 de 2011<sup>2</sup>(Segundo ajuste a La Ley 100 de 1993):** Esta importante reforma al sistema de salud puede ser catalogada como la más completa e integral que se ha producido hasta la fecha, la cual fue aprobada después de dieciocho años de haberse creado el actual sistema de

<sup>1</sup> Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

salud. Su concepción surge a partir de la grave crisis de sostenibilidad financiera del sector que venía registrándose desde el año 2009, una situación que llevó a declarar el estado de emergencia social, económica y ambiental por el gobierno de la época (Domínguez, 2016). Esta reforma fue un gran paso en favor de la universalización del aseguramiento y la unificación del Plan de Beneficios en Salud. De su mano vino por primera vez el concepto de atención primaria en salud, los sistemas de información y las redes integrales e integradas de salud.

**4. Ley 1751 de 2015 (Derecho fundamental a la salud):** En el gobierno de Juan Manuel Santos, ex presidente de la República por el Partido de La U, se logró reconocer la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y lo colectivo, lo que se traduce en que la atención en salud no se encuentra subordinada al cumplimiento de otros derechos, como lo es la vida.

Esta legislación permitió apropiarse a la población colombiana del reclamo de sus derechos y cimentó la reputación de nuestro sistema de salud como uno de los más solidarios del mundo, así como uno de los más generosos en la provisión de tratamientos y tecnologías en salud.

## 6. ¿Cómo avanzar hacia un sistema de salud integral?

Siendo conscientes del importante avance que el sistema de salud ha tenido en el país a lo largo de treinta años de historia y sobre el cual nuestro partido ha realizado un importante aporte, esta colectividad ha expresado, a través de su directora única, Dilian Francisca Toro Torres, y la bancada de congresistas, las siguientes ideas que apuntan a mejorar la calidad del sector:

1. Nuestro sistema de salud debe ser garante del derecho fundamental que asiste.
2. Nuestro sistema debe eliminar las barreras de acceso fomentando la integralidad e integración de los servicios sanitarios con un enfoque de Atención Primaria en Salud en la atención domiciliaria, con especial énfasis en la prevención

de la enfermedad y la promoción de la salud y el cuidado de la enfermedad, así como la dispensación farmacéutica sin demoras. Para ello se debe asegurar que:

- a. Las EPS aseguren el riesgo en salud y mantengan sana su población a cargo, haciendo uso de modelos diferenciados de aseguramiento y de la tecnología, pensamos que es importante contar con un sistema diferencial en cada una de las regiones del país.
- b. Los prestadores deben brindar atención de calidad financiada por medio del giro directo, preferiblemente a través de redes integrales e integradas de salud en los territorios.
- c. El Estado debe garantizar la gobernanza del sistema, el cumplimiento de las normas y la provisión de la financiación para que se irrigue por todo el aparato del SGSSS, con el fin de contar con mejor infraestructura, talento humano en salud dignificado en lo laboral y una satisfactoria prestación de servicios con calidad y oportunidad.
- d. Los usuarios deben educarse, acoger la cultura del autocuidado y lograr mayor disposición de las personas para seguir recomendaciones y asistir a programas de promoción y prevención en salud.

Transcurridos casi treinta años desde la conformación del actual sistema de salud, ha quedado un gran legado para la sociedad colombiana reconocida por la gran mayoría de integrantes del esquema actual, relacionado con la universalización del aseguramiento social, la protección financiera de las familias y la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Sin embargo, luego de las grandes modificaciones efectuadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud culminadas en el año 2011, han pasado por el escenario legislativo múltiples intentos para modificar y ajustar nuestro sistema de salud, sin que la gran mayoría de esas tentativas hayan resultado exitosas. Aquellos intentos de reforma han considerado que los esfuerzos legislativos consignados en las leyes 1122 de 2007, 1164 de 2007, 1438 de 2011 y 1751 de 2015 han ofrecido

soluciones parciales a las necesidades en salud y es esta motivación la que los alienta a proponer los cambios en mención. Sin embargo, es menester manifestar la imperiosa necesidad de reglamentar el ordenamiento jurídico existente previo a considerar la legislación vigente como infructuosa.

#### A. Ley 1438 de 2011

Se hace necesaria la reglamentación e implementación de la Atención Primaria en Salud por medio de una atención integral, integrada y continua en salud, **la cual no se cumple**. El sistema de salud observa barreras de accesos estructurales y oportunas o de racionamiento (Yepes, 2010).

En Colombia, desde de la década de los noventa, específicamente cuando se implementa la Ley 100 de 1993, se produce una fragmentación de los servicios de salud. Con la Ley 1438 de 2011 se evidencia una oportunidad en términos organizacionales de los servicios, en el sentido de avanzar en la constitución de los sistemas integrados de salud.

A corte actual, si bien al Plan de Beneficios en Salud se le reconoce la garantía prevalente de la mayoría de servicios y tecnologías en salud, también es dable considerar fallas en la integralidad y continuidad de ciertos servicios no garantizados que llevaron a presentar a los usuarios del sistema un total de 616.921 tutelas para garantizar el derecho fundamental a la salud entre 2018 y 2019 (Defensoría del Pueblo, 2020).

El mismo informe de la Defensoría del Pueblo destaca que las solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud coincidentalmente son los que tienen que otorgarse por medio del mecanismo PBS, siendo la negación de servicios ya descrito como la primera causa, seguida de la provisión de medicamentos como la segunda motivación, con 141.445 tutelas presentadas entre 2018 y 2019.

A renglón seguido, la Defensoría del Pueblo (2020) demuestra que los artículos 13 de la Ley 1428 de 2011 y 8 de la Ley 1751 de 2015 (que se refieren al tratamiento integral) no se están cumpliendo, precisamente por las altas frecuencias de reclamaciones a través de tutelas.

*“(…) [E]l tratamiento integral fue una solicitud frecuente en las tutelas, pues correspondió al 16,98 % del total de solicitudes. Por medio de esta solicitud, se busca que el ciudadano pueda acceder de manera completa a los servicios y tecnologías de salud encaminados a prevenir, paliar o curar la enfermedad, evitando así fragmentar la prestación de los servicios de salud”. p. 162.*

Las barreras de racionamiento u económicas, por otra parte, también evidencian la ausencia de reglamentación y el incumplimiento del principio de atención integral, integrada y continua de la Atención Primaria en Salud, pues persisten barreras determinadas por el cobro de las cuotas moderadoras y los copagos (Yepes, 2010). Dicho autor también considera obstáculos de desplazamiento a diferentes sitios para realizar trámites de autorizaciones para hacerse exámenes diagnósticos y obtener medicamentos. Estos hechos influyen enormemente para que los conceptos de servicios y medicamentos sean los más reclamados por la ciudadanía al sistema de salud en los tribunales de justicia:

*“Los servicios solicitados con más frecuencia correspondieron a los de consulta externa, con ocasión a la falta de oportunidad en la atención, especialmente en ortopedia, oftalmología, neurología, urología y psiquiatría. Le siguieron los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica y los servicios quirúrgicos. El segundo lugar lo ocuparon los medicamentos, que representaron un 14,11 % de todas las solicitudes, aunque disminuyeron en un 5,45 % con respecto al año anterior”. (Defensoría del Pueblo, 2020, p. 161).*

Un ejemplo de esta falta de integralidad se entrevé cuando “los medicamentos no se entregan en el mismo sitio en donde se consulta sino en una red dispersa y escasa de proveedores, además de que no siempre se entregan completos; las autorizaciones requieren desplazamientos, en ocasiones a sitios distantes, y los exámenes diagnósticos se fraccionan en múltiples instituciones que no siempre quedan cerca de la morada de los afiliados” (Yepes, 2010, p. 34).

Otro ejemplo se detalla en Wiesner et al (2009)

citados por Yepes (2010) cuando encuentran que en cuatro departamentos (Boyacá, Caldas, Magdalena y Tolima) se detallan “menos actividades de detección temprana y marcadas diferencias entre las unidades territoriales (e incluso al interior de una misma unidad) por la fragmentación de la población según el régimen de seguro de salud o la empresa aseguradora” p. 5 y por falta de continuidad de los contratos entre los entes territoriales, las aseguradoras y los laboratorios. Esta fragmentación, sin duda alguna, malogra los avances anteriormente enunciados de nuestro sistema de salud.

Finalmente, por medio del artículo 14 de la Ley 1751 de 2015 se prohíbe la posibilidad de negar la prestación de un servicio o la de suministrar un medicamento requerido en la atención de urgencias, eliminando así el procedimiento y autorización administrativa que existía entre el prestador del servicio y la entidad de gestión de servicios en salud, disposición que, como aquí se expone, se sigue vulnerando (Gómez & Builes, 2018).

### B. Ley 1438 de 2011

Se requiere un fortalecimiento técnico de la salud pública y la epidemiología haciendo efectivos los artículos 15 y 16 de la Ley 1438 de 2011 para conformar los equipos básicos de salud a cargo de los entes territoriales para facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud. En sucesivos cambios se redujeron los equipos profesionales a cargo de los programas de salud pública y de vigilancia epidemiológica. Esta es una deficiencia que necesita ser enmendada con carácter urgente.

Artículos 3, 11, 13, 20, 24, 29, 53, 58, 59, 61, 64, 76, el capítulo VII, entre otros, en la Ley 1438 de 2011 se refieren a la calidad en el sistema de salud. A pesar de dichos mandatos, según Bernal (2012), la regulación sobre este tema no ha sido muy estricta en Colombia, pues la vigilancia de los estándares depende de los entes territoriales, quienes cuentan con capacidades disímiles y hasta insuficientes. Asimismo, las EPS e IPS han sido delegadas para adoptar estándares, criterios e indicadores de calidad, situación que los convierte en juez y parte. Lo ideal es que

siguiendo las órdenes impartidas desde la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud defina estándares mínimos de calidad para las EPS e IPS.

Otros artículos no reglamentados

ART.	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIÓN
10	Define de forma prioritaria el uso de recursos promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. También contempla objetivos, metas, indicadores de seguimiento sobre resultados e impactos de las intervenciones en salud pública.	No tiene reglamentación.
11	Contratación de las acciones de salud pública y promoción y prevención ejecutadas en el marco de la APS.  Los gobernadores, alcaldes y EPS contratarán con las redes de los territorios.	Mencionada en la Circular conjunta externa número 000044 de 2020 para expedir directrices en la vigilancia intensificada, prevención y atención de las lesiones ocasionadas por pólvora.  No tiene reglamentación.
13	Define los elementos para la implementación de la APS. Esto quiere decir que no se han reglamentado aspectos de la cultura del autocuidado; orientación individual, familiar y comunitaria; atención integral, integrada y continua; interculturalidad; talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado; fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutivez; participación activa de la comunidad y enfoque diferencial.	Tiene 2 sentencias y 2 artículos doctrinales.  No tiene reglamentación

ART.	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIÓN	ART.	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIÓN
16	Define las funciones de los equipos básicos de salud en los territorios, tales como realizar diagnóstico familiar; identificación de riesgo individual y comunitario; promover la afiliación; inducir atención de asuntos prioritarios de salud pública; prestar servicios básicos de atención, entre otros.	Derogado por la Ley 1753 de 2015 - Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018	63	Establece criterios para la habilitación de las redes integradas de servicios de salud.	No reglamentado.
33	Establece la presunción de la capacidad de pago y de ingresos de los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud para ser afiliados al Régimen Contributivo de Salud.  Ordena que el Gobierno nacional reglamente un sistema de presunción de ingresos con base en la información sobre las actividades económicas.	No reglamentado. Ayuda a financiar solidariamente los gastos en salud.	75	Ordena al Ministerio de Salud crear en el término de 1 año una metodología para la clasificación y reporte de los ingresos que incluirá la cartera total, los gastos y los costos de las Instituciones Prestadoras de Salud públicas.  La razón de este artículo se debe a la necesidad de construir razones de costo y gasto que deberán hacer parte de los planes de gestión para evaluar la gestión de los gerentes y de los indicadores de desempeño de las instituciones.	No reglamentado.  Tiene una acción de cumplimiento por parte del Consejo de Estado en un término no mayor a tres (3) meses desde el año 2014: Consejo de Estado, sentencia del 20 de febrero de 2014, exp. 05001-23-33-00-2013-01 628-01 (ACU). M.S. Susana Buitrago Valencia.  En dicha diligencia el Ministerio argumentó que trasladó la reglamentación que le competía adoptar al Congreso de la República, al presentar el proyecto de ley No. 210 de 2013.
41	Establece que las entidades habilitadas para emitir planes voluntarios no podrán incluir como preexistencias al tiempo de la renovación del contrato, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial.	No reglamentado.	76	Permite la asociación de Empresas Sociales del Estado para hacer compras que permitan las economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia. También habilita a las Empresas Sociales del Estado a adelantar sistemas de información, sistema de control interno, de interventorías, gestión de calidad y auditorías, de recurso humano y demás funciones administrativas, para el desarrollo de actividades especializadas, de tipo operativo y de apoyo que puedan cubrir las necesidades de la empresa, de forma tal que la gestión resulte más eficiente, con calidad e implique menor costo.  Habilita, además, la subasta inversa para lograr mayor eficiencia en sus adquisiciones de las ESE.	No reglamentada.
51	Ordena establecer un sistema de retención en la fuente de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Aplica también para las personas naturales y empresas unipersonales o sociedades por acciones simplificadas, como mecanismo que evite la evasión y la elusión.	No reglamentado.  Puede actuar como una fuente de financiamiento del sistema de salud.			
55	Elimina las multas por inasistencia a las citas médicas. Ordena al Ministerio de Salud la creación de un mecanismo idóneo para el respectivo cumplimiento de las citas y a las EPS diseñar una capacitación de cumplimiento.	No reglamentado.			

ART.	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIÓN
102	Ordena que “el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación Nacional establecerán pautas para supervisar el costo de las matrículas de los residentes de programas de especialización clínica”.	No reglamentada.
103	Prohíbe la contratación del personal misional por medio de cooperativas de trabajo asociado que hagan intermediación laboral u otra modalidad de vinculación laboral.	No reglamentada.
105	Establece la autonomía de los profesionales de la salud, aplicando las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión.	No reglamentado.
109	Ordena que las Entidades Promotoras de Salud y Empresas Sociales del Estado del sector salud y las Instituciones Prestadoras de Salud públicas, tienen la obligación de realizar audiencias públicas, por lo menos una vez al año, donde presenten indicadores en salud, gestión financiera, satisfacción de usuarios y administración.	No reglamentado.

### C. Ley 1122 de 2007

**Artículo 2. Sistema de incentivos por resultados en salud.** No se observa reglamentación clara de este mandato. El funcionamiento de este sistema está íntimamente ligado al pleno funcionamiento de un sistema de información transparente y es de central importancia para establecer un equilibrio ante los fuertes incentivos financieros.

**Artículo 42. Defensor del usuario en salud.** Pasados quince años desde su anuncio en la Ley 1122 de 2007, no se observa avance alguno en la reglamentación de esta figura encargada de dar conocer y gestionar las quejas de los afiliados ante

las EPS para que éstas se adecúen a las medidas que garanticen el derecho fundamental a la salud. Lo anterior, a pesar del aval que le otorga la Sentencia 037 de 2008 de la Corte Constitucional y de la sentencia a la acción popular del Juzgado Primero Administrativo de Manizales que ordena su creación en los 32 departamentos del país y el Distrito Capital.

Tampoco se observa registro alguno en el ordenamiento jurídico que materialice los intentos de reglamentación que empezaron desde el año 2012 cuando se envió para firma el proyecto de decreto, donde se contemplaba el proceso de elección, ejercicio de funciones y flujo de recursos para la realización de sus actividades el país (2013).

El cumplimiento de este mandato garantiza una rectoría fuerte, transparente y que defienda el interés ciudadano como requisito fundamental para el funcionamiento del sistema y la defensa del bien público.

ART.	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIÓN
15	Regulación de la integración vertical patrimonial y de la posición dominante de las EPS para que éstas no contraten con sus propias IPS en más del 30% del valor del gasto en salud.	Mencionada en la Circular externa número 000004 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud.  No desarrolla una reglamentación profunda.
23	Ordena a las aseguradoras garantizar la integralidad y continuidad en la prestación de servicios que requiera el usuario con la frecuencia que lo necesite.  Ordena que las EPS otorguen de manera oportuna las citas médicas y que el Gobierno nacional reglamente los límites de afiliación a las entidades promotoras de salud.	No reglamentada.
30	Ordena al Gobierno Nacional, departamental y municipal promover la creación y el fortalecimiento de asociaciones y/o cooperativas de las ESE, que tengan como objetivo fortalecer la red pública hospitalaria.	No reglamentado.

**D. Ley 1751 de 2015**

**Definición de exclusiones de tecnología en salud:** El procedimiento utilizado no tiene concordancia con lo estipulado por la Ley Estatutaria o la Sentencia C-313 del 2014, en términos de la participación ciudadana y gremial en dichas decisiones, pues es el Ministerio de Salud y Protección Social quien toma la decisión de forma autónoma e independiente de las exclusiones PBS, en contravía del proceso inicial de nominación y priorización de la exclusión de la tecnología PBS por parte de la ciudadanía. La reglamentación de este procedimiento contemplado en la Resolución 330 de 2017 considera los portes, conceptos, informes, análisis y recomendaciones allegados por la ciudadanía como informativos, más no vinculantes.

ART.	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIÓN
14	<p>Establece la prohibición de la negación de prestación de servicios, indicando que para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador del servicio y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencias.</p> <p>Ordena que el Congreso de la República defina mediante ley las sanciones penales y disciplinarias tanto de los representantes legales de las entidades a cargo de la prestación de servicios como de las demás personas que contribuyan al sistema.</p>	<p>No se ha reglamentado. El Ministerio de Salud reconoce la evidente necesidad de reglamentar el artículo 14, estableciendo un nuevo régimen penal y disciplinario articulado con el control fiscal, sin perjuicio de las normas existentes en estas materias consignadas en el Código Penal, el Código Único Disciplinario, el Estatuto Anticorrupción y demás normas relacionadas.</p>
15	<p>El artículo 15 inciso 4 de la Ley 1751 de 2015 establece que la ley determinará un mecanismo técnico científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente, para ampliar progresivamente los beneficios en salud. Esta disposición tiene como objeto prever las posibles situaciones que afectan la salud y reforzar el principio de progresividad y el carácter democrático del servicio de salud, conforme con el artículo 49 inciso 3 de la Constitución Política y el artículo 6 literal g la Ley 1751 de 2015.</p>	<p>No reglamentada.</p> <p>Sentencia T-266/20</p>

**E. Ley 1164 de 2007**

**Autonomía médica:** El artículo 3 de la Ley 1164 de 2007 establece que “Las competencias propias de las profesiones y ocupaciones según los títulos o certificados respectivos, obtenidos legalmente deben ser respetadas por los prestadores y aseguradores de servicios de salud, incluyendo la individualidad de los procesos de atención”. Asimismo, el artículo 35 dictamina que “el personal de salud debe ejercer su capacidad para deliberar, decidir y actuar. Las decisiones personales, siempre que no afecten desfavorablemente a sí mismo y a los demás, deberán ser respetadas”.

De lo anterior se desprende que las condiciones para la autonomía médica están dadas adicionalmente en la Ley Estatutaria de Salud, sin embargo, no se respetan, puesto que a diario se observa que el personal de salud es cada vez más dependiente de las exigencias del contratante, tales como un tiempo máximo de consulta por paciente, control en la prescripción de exámenes diagnósticos, restricción en la remisión a especialidades, así como a procedimientos indispensables y limitación a prescripciones de medicamentos de alto costo Malagón (2007).

Así las cosas, si bien los anteriores puntos constituyen una lista detallada, no exhaustiva, de la reglamentación que se hace necesaria para contar con un adecuado sistema de salud, es necesario que avancemos en esta meta como una realidad por el bien de los colombianos.



## Bibliografía:

- ACHC. (2022). *Ruta Lógica Hacia Una Salud Progresiva*.
- Agudelo, C. A., Cardona, J., Ortega, J., & Rocío, R. (2011). *Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2817-2828, 2011, 2817-2828.
- Bernal, Ó. (2012). *La salud en Colombia. Logros, retos y recomendaciones*. Ediciones Uniandes.
- Defensoría del Pueblo. (2020). *La Tutela y los Derechos a la Salud y la Seguridad Social 2019*. Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Estudio-La-Tutela-Derechos-Salud-Seguridad-Social-2019.pdf>
- Dominguez Alarcón, D. (2016). *Evaluación del impacto de la reforma al sistema de salud - ley 1438 de 2011 sobre el estado de salud de la población colombiana*. Uniandes.
- El País de Cali. (29 de julio de 2013). *Figura del Defensor del Usuario en Salud, a punto de ser una realidad*. El País de Cali. Recuperado de [elpais.com.co/colombia/figura-del-defensor-del-usuario-en-salud-a-punto-de-ser-una-realidad.html](http://elpais.com.co/colombia/figura-del-defensor-del-usuario-en-salud-a-punto-de-ser-una-realidad.html)
- Franco, Á. (2012). *Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano*. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*; 11(22):28-42.
- Gómez, C., & Builes, A. (2018). *El derecho fundamental a la salud y la política de acceso al sistema: una mirada desde la Ley Estatutaria 1751 del año 2015*. *Revista de La Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, 48(128), 135-167. <https://doi-org.ezproxy.uniandes.edu.co:8443/10.18566/rfdcp.v48n128.a06>
- Malagón, G. (2007). *Normatividad Necesaria Reglamentación de la Ley 1164*. *Medicina*, 29(4), 231-235.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Informe al Congreso de la República 2018-2019*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (29 de Junio de 2022). *Colombia llegó al aseguramiento universal en salud al alcanzar el 99,6 %*. Bogotá.
- Salamanca, D. (2022). *Situación financiera y calidad de atención de las EPS del Régimen Contributivo de salud: impacto del Acuerdo de Punto Final*. Universidad de los Andes.
- Santamaría, M. (2011). *Efectos de la Ley 100 en Salud*.
- Wiesner, C.; Tovar, S.; Cendales, R. y Vejarano, M. (2006). *Organización de los servicios de salud para el control del cáncer de cuello uterino en el municipio de Soacha*. *Rev Colomb Cancerol*. 10:(2) 1-11
- Yepes, F. J. (2010). *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia : Ley 100 de 1993: Vol. 1*. ed. International Development Research Centre.



Partido de **Unión**  
por la gente.

# Salud en Colombia: hacia un sistema integral

---

## Dilian Francisca Toro

Directora del Partido de la U

---

## Jorge Luis Jaraba Díaz

Secretario General

---

## Liza Rodríguez

Gerente General

---

## Isabel Cristina Rico

Coordinadora del Centro de Pensamiento Partido de la U

---

## Equipo de Investigación:

### Santiago Osorio Ramírez

(Asesor Investigador)

---

### Daniel Esteban Salamanca Delgado

(Colaborador Investigador)

---

### Santiago Martínez Cordero

(Asesor Investigador)

---

### Alejandro Esteban Torres Camacho

(Pasante Investigador)

---

Directora de Comunicaciones

## Andrea Holguín

Corrección de estilo, diseño y diagramación

## Equipo de comunicaciones - Partido de la U

---

Dirección: Calle 36 # 15-08, Barrio La Soledad.  
info@partidodelau.com

PARTIDO DE LA UNIÓN POR LA GENTE- PARTIDO DE LA U  
Bogotá D.C. -Colombia

*Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra - Includo el diseño tipográfico y de portada, Sea cual fuere el medio, electrónico o mecánico, el tratamiento informático, el alquiler o cualquier otra forma de cesión de la obra sin la autorización previa y por escrito de los titulares del copyright.*