



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXVI - N° 1004

Bogotá, D. C., miércoles, 1º de noviembre de 2017

EDICIÓN DE 32 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

INFORMES DE CONCILIACIÓN

INFORME DE CONCILIACIÓN AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 266 DE 2017 SENADO, 141 DE 2016 CÁMARA

por medio de la cual se otorga la categoría de distrito portuario, logístico, industrial, turístico y comercial a Turbo, Antioquia.

Doctor

EFRAÍN JOSÉ CEPEDA SARABIA

Presidente Senado de la República

Doctor

RODRIGO LARA RESTREPO

Presidente Cámara de Representantes.

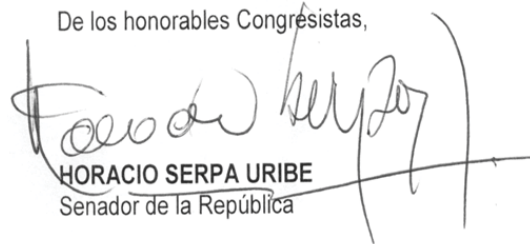
Ciudad

Respetados señores Presidentes:

En atención de la honrosa misión encomendada por las Mesas Directivas del honorable Senado de la República y de la honorable Cámara de Representantes, dando cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 161 de la Constitución Política y el 186 de la Ley 5ª de 1992, acudimos a sus Señorías con el fin de rendir Informe de Conciliación al **Proyecto de ley número 266 de 2017 Senado, 141 de 2016 Cámara**, *por medio de la cual se otorga la categoría de distrito portuario, logístico, industrial, turístico y comercial a Turbo, Antioquia.*

Acogiendo como texto conciliado el aprobado en Sesión Plenaria de la honorable Senado de la República el día 10 de octubre de 2017.

De los honorables Congresistas,



HORACIO SERPA URIBE
Senador de la República



ALEXÁNDER LÓPEZ MAYA
Senador de la República



JUAN CARLOS GARCÍA GÓMEZ
Representante a la Cámara
Departamento Norte de Santander.



LUIS HORACIO GALLÓN ARANGO
Representante a la Cámara
Departamento de Antioquia.

**TEXTO CONCILIADO AL PROYECTO
DE LEY NÚMERO 266 DE 2017 SENADO,
141 DE 2016 CÁMARA**

por medio de la cual se otorga la Categoría de distrito portuario, logístico, industrial, turístico y comercial a Turbo, Antioquia.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. *Otorgamiento.* Otórguese la categoría de Distrito Portuario, Logístico, Industrial Turístico y Comercial a Turbo, Antioquia.

Artículo 2º. *Régimen aplicable.* El Distrito Portuario, Logístico, Industrial, Turístico y Comercial de Turbo, Antioquia se regirá por la Ley 1617 de 2013, *por la cual se expide el régimen para los distritos y demás normas concordantes.*

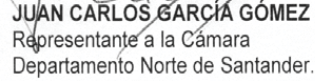
Artículo 3º. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación.



HORACIO SERPA URIBE
Senador de la República



ALEXANDER LÓPEZ MAYA
Senador de la República



JUAN CARLOS GARCÍA GÓMEZ
Representante a la Cámara
Departamento Norte de Santander.



LUIS HORACIO GALLÓN ARANGO
Representante a la Cámara
Departamento de Antioquia.

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 98 DE 2016 SENADO

por medio de la cual se crea el subsidio de gastos de transporte, alojamiento y manutención para el paciente del sistema de salud y un acompañante y se establecen criterios para garantizar su cumplimiento.

Bogotá, D. C., 25 de octubre de 2017

Honorable Senadora

NADIA GEORGETTE BLEL SCAFF

Presidenta Comisión Séptima Constitucional

SENADO DE LA REPÚBLICA

La ciudad

Asunto: Informe para Segundo Debate al Proyecto de ley número 98 de 2016 Senado, por medio de la cual se crea el subsidio de gastos de transporte, alojamiento y manutención para el paciente del sistema de salud y un acompañante y se establecen criterios para garantizar su cumplimiento.

Respetada señora Presidenta:

Atendiendo la honrosa designación que se nos ha hecho la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado de la República y en cumplimiento del mandato constitucional y de lo dispuesto en el artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, dentro del término establecido para tal efecto, nos permitimos rendir informe de ponencia para segundo debate en la Honorable plenaria del Senado de la República al Proyecto de ley número 98 de 2016 Senado, *por medio de la cual se crea el subsidio de gastos de transporte, alojamiento y manutención para el paciente del sistema de salud y un acompañante y se establecen criterios*

para garantizar su cumplimiento. Los términos de estudio del proyecto de ley, los presento en el siguiente orden:

1. Antecedentes
2. Objeto
3. Marco constitucional y normativo
4. Del impacto fiscal
5. Contenido del articulado propuesto
6. Proposición final y texto definitivo propuesto.

Por lo anterior, pasamos a desarrollar los puntos anunciados así:

1. Antecedentes

El presente Proyecto de ley número 98 de 2016, tiene un antecedente de dos años atrás cuando fue con la misma orientación fue radicado el 16 de septiembre de 2014 por el honorable Senador Juan Samy Merheg Marín ante la Secretaría del Senado del República.

En dicha legislatura la iniciativa fue tramitada, siendo designado como ponente único el honorable Senador Javier Mauricio Delgado Martínez quien presentó Ponencia Positiva para Primer Debate el 27 de noviembre de 2014.

Es valioso resaltar que el proyecto fue anunciado el 3 de diciembre de 2014 para su respectiva discusión en la Comisión Séptima de Senado; el 18 de marzo se dio debate en dicha Comisión, durante la cual se votó la ponencia presentada por el honorable Senador Javier Mauricio Delgado Martínez, con 11 votos a favor, ninguno en contra, sin ninguna proposición.

El día 12 de agosto de 2015, con ponencia presentada por el honorable Senador Javier Mauricio Delgado Martínez, en el cual fue

aprobado por la honorable plenaria del Senado de la República.

El 29 de septiembre de 2015 fueron designados como Ponentes en la Comisión Séptima de Cámara, los honorables Representantes Álvaro López Gil Coordinador Ponente y los Representantes Argenis Velásquez Ramírez, Óscar Ospina Quintero y Germán Bernardo Carlosama López.

El 25 de mayo de 2016 fue discutido y aprobado en la Comisión Séptima de Cámara de Representantes modificándose algunos artículos conforme al pliego propuesto por los Ponentes.

Continuando con el trámite del proyecto se designó como coordinador Ponente para Segundo Debate al honorable Representante Álvaro López Gil y como ponente a la honorable Representante Argenis Velásquez.

Pese a esta aprobación y por culminación del período legislativo como lo prevé el Reglamento del Congreso (Ley 5ª de 1992) el proyecto tuvo de ser archivado.

Sin embargo, debido a que la importancia y la necesidad de la relación persiste pues representa una valiosa ayuda en la garantía del acceso a los servicios asistenciales de salud sin barreras administrativas por la integridad de la prestación de los servicios de salud con que los colombianos deben contar, se consideró conveniente volver a presentar el proyecto con las modificaciones realizadas a lo largo del debate anterior, con las proposiciones que el Gobierno nacional dio a conocer verbalmente a través del Ministerio de Hacienda y Ministerio de Salud y Protección Social. Así como lo ajustes contenidos en el presente informe de ponencia, la cual se rinde dando el primer debate surtido en la honorable Comisión Séptima el pasado 6 de diciembre de dos mil dieciséis (2016) como consta en Acta número 25.

Debido a que en el primer debate se conoció el Concepto Institucional del Ministerio de Salud y Protección Social del 25 de septiembre de 2016 en el que se lee:

“Finalmente, en atención a los recursos del Sistema General de Participaciones - Propósito General, es importante indicar que dicha fuente no hace parte de los recursos del SGSSS, por lo tanto no sería conducente que su administración se realice a través de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Así mismo, sería pertinente definir si su asignación se realizará por cada uno de los municipios o si esta hace alusión a una bolsa general.

En estos términos, se presenta la posición del Ministerio de Salud y Protección Social en lo relativo a la iniciativa legislativa de la referencia, se advierte que el reconocimiento de fuentes de financiación para servicios de transporte, alojamiento y manutención a la fecha se encuentran plenamente comprometidas, de

ahí que, si se altera su uso se desestabilizaría la financiación del Régimen Subsidiado y de los programas de saneamiento fiscal de las Empresas Sociales del Estado. Igualmente, se tiene que el proyecto no define de manera suficiente en qué consiste el subsidio ni las características que deben cumplir los afiliados y su núcleo familiar para acceder al mismo, por tanto, se solicita al honorable Congreso de la República, respetuosamente, su archivo”.

No obstante las observaciones, durante el primer debate de Comisión Séptima el Proyecto de ley número 98 recibió el apoyo de los Senadores miembros con los siguientes compromisos a fin de rendir el informe de Ponencia para Segundo Debate:

- a) Conocer el concepto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
- b) Estudiar las proposiciones que los diferentes partidos habían anunciado a fin de que pudieran ser incluidas en la Ponencia para Segundo Debate. Especialmente, el tema de las fuentes de financiación, en el Acta número 25 del 6 de diciembre el Presidente de la Comisión Séptima indica:

“Presidente (e), Vicepresidente honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo: Como quiera que los honorables Senadores solicitaron la comisión para mirar antes del Segundo Debate el tema presupuestal y demás de este Proyecto y la fuente de financiación, quedan designados los Senadores Carlos Enrique Soto, Sofía Gaviria, Jorge Iván Ospina, Álvaro Uribe Vélez y Mauricio Delgado”.

De ahí que hasta la fecha se han realizado por lo menos seis reuniones con la participación activa de Ponentes y el Ministerio de Hacienda y Ministerio de Salud. De las carteras referidas se recibieron las siguientes observaciones:

- a) Para el Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda, el transporte, manutención y alojamiento al paciente y a un acompañante es un Determinante Social en Salud, por consiguiente no son servicios ni tecnologías en salud. Esto significa que emplear los recursos de salud en estos servicios sería incurrir en la prohibición expresa del párrafo del artículo 9º de la Ley Estatutaria en Salud¹.

¹ “Artículo 9º. Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.

El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud

- b) La iniciativa solo sería viable si se creara un apoyo económico fijo.
- c) El beneficio sería únicamente para menores de edad, población en condición de discapacidad, adultos mayores que se encuentren en niveles I y II del Sisbén y sean afiliados al Régimen Subsidiado.
- d) El subsidio sería una ayuda pero no cubriría el valor de los servicios de transporte, alojamiento y manutención.
- e) La fuente del apoyo tendría que ser asumido por las entidades territoriales con los recursos no comprometidos del Lotto en línea y Fondo Fonpet después de cubrir los pasivos pensionales a cargo.
- f) En ese orden de ideas – propone el Ministerio de Hacienda con el apoyo del Ministerio de Salud – que las entidades territoriales emitan una tabla de viáticos.

Al conocer la posición y propuesta del Gobierno nacional, los ponentes iniciaron la tarea de realizar una revisión legal, jurisprudencial y fiscal de la propuesta, identificando que algunos de los argumentos no se corresponden con la línea jurisprudencial e incluso legal del derecho a la salud y sus servicios conexos; en otros aspectos la propuesta fue recogida en la presente ponencia como por ejemplo, la posibilidad de que el servicio sea administrado en su logística por las administradoras de planes de beneficios como hoy sucede.

Para dar mayor claridad a los honorables Senadores, las razones por las cuales la posición del Ministerio de Hacienda y Ministerio de Salud no fueron recogidas tenemos los siguientes argumentos puntuales:

a) El transporte, alojamiento y manutención NO se considera determinante en salud.

Contrario a lo manifestado por el Ministerio de Hacienda y Salud, la afirmación según la cual “el transporte, alojamiento y manutención” son determinantes sociales de salud, se encuentra que desde la literalidad del mismo artículo 9º de la Ley 1751 de 2015 (en adelante Ley Estatutaria) se precisa lo que se consideran determinantes, así: “Parágrafo. Se entiende por determinantes sociales de salud **aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad**, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales,

y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.

Parágrafo. Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.

ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos...”.

Sobre este tema, es pertinente indicar que los servicios de transporte, alojamiento y manutención que se pretende garantizar en la presente propuesta NO son factores que determinan la aparición de la enfermedad, sino que muy por el contrario, en criterio de la Corte Constitucional “servicios conexos” al servicio asistencial de salud **que en ante las situaciones previstas, de no prestarse hacen nugatorio el derecho a la salud.**

De lo anterior hay reiteración jurisprudencial contenida en la Sentencia T-671 de 2013 que al respecto indica:

“CUBRIMIENTO DE GASTOS DE TRANSPORTE PARA PACIENTE Y ACOMPAÑANTE POREPS-Serán cubiertos por recursos de la prima adicional en lugares de dispersión geográfica y en los demás serán cubiertos por la UPC.

Se advierte que el transporte es un servicio cubierto por el POS que, pese a no contar con una naturaleza médica, constituye un medio para garantizar el acceso al tratamiento que requiera la persona. En conclusión, por una parte, en las áreas a las que se destine la prima adicional, esto es, por dispersión geográfica, los gastos de transporte serán cubiertos con cargo a ese rubro. Por otra, en los lugares en los que no se reconozca este concepto se pagarán por la unidad de pago por capitación básica. Las mismas reglas deberán aplicarse al alojamiento debido a que su necesidad se configura en las mismas condiciones que el traslado”.

Sigue diciendo la Sentencia:

“De lo anterior se infiere, que las zonas que no son objeto de prima por dispersión, cuentan con la totalidad de infraestructura y personal humano para la atención en salud integral que requiera todo usuario y por lo tanto no se debería necesitar de su traslado a otro lugar. Sin embargo, en caso de que este sea necesario, se deberá afectar el rubro de la UPC general, pues es responsabilidad directa de la EPS garantizar la asistencia médica de sus afiliados.

Así las cosas, no se debe recurrir a la entidad territorial a solicitar el pago de los servicios de transporte y alojamiento de pacientes, pues de conformidad con la Ley 715 de 2001, dicha entidad financiará la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, es decir, los servicios No POS-S; en consecuencia, no les corresponde asumir gastos propios del catálogo de beneficios como es el caso del transporte. Sobre el particular, la Corte manifestó en la Sentencia T-371 de 2010:

“Ahora bien, la Ley 715 de 2001 determina las competencias de las entidades territoriales para la prestación de servicios de salud de los participantes vinculados. En efecto, corresponde a los departamentos[18], gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna,

eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que reside en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas. Por su parte, se determina como competencia del municipio[19] la de identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, así como celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable”.

Por otro lado, en reiteración de jurisprudencia se tiene Corte Constitucional la Sentencia T-760 de 2008, que previó:

“Toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud que requiera, lo cual puede implicar tener derecho a los medios de transporte y gastos de estadía para poder recibir la atención requerida”, en ese orden de ideas “es obligación de todas las EPS suministrar el costo del servicio de transporte, cuando ellas mismas autorizan la práctica de un determinado procedimiento médico en un lugar distinto al de la residencia del paciente, por tratarse de una prestación que se encuentra comprendida en los contenidos del POS”. Lo anterior encuentra fundamento en la finalidad constitucional de que se remuevan las barreras y obstáculos que les impiden a los afiliados acceder oportuna y eficazmente a los servicios de salud que requieren con necesidad”.

Así, se considera viable que las administradoras de planes de beneficios (EPS entre otras) puedan con criterio de efectividad y eficiencia continuar administrando los gastos para cubrir el alojamiento, transporte, alojamiento y manutención que hoy opera principalmente debido a las decisiones judiciales que así lo imponen mediante fallos de tutela.

Si ello no fuera así, no sería admisible la previsión del artículo 127 de la Resolución número 6408 de 2016 que prevé el financiamiento de gastos de transporte para el paciente. Y al desconocer los gastos de acompañante se generaría la necesidad de contratación de personal de cuidado o talento humano en salud que sería más costoso para garantizar que el paciente con imposibilidad física pueda atender las mínimas necesidades.

Nótese además que hoy existe los servicios de habitación, alimentación y transporte a cargo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la población indígena y para la mujer en condiciones de violencia o vulnerabilidad (Ley 1257 de 2008) a cargo de las Entidades Promotoras de Salud y cuyos fondos se financian por parte del Fosyga.

Llegando a la siguientes revisión legal y jurisprudencial, y finalmente a la propuesta de articulado que haga viable la regulación de un hecho hoy evidente como es la atención de estos servicios conexos con los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud aplicados por las entidades administradoras de planes de

beneficios (EPS, cajas de compensación, cajas de previsión, entidades territoriales para los servicios de su competencia). Máxime con la entrada en vigencia de la Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud que supera el concepto de servicios dentro o fuera de un plan de beneficio y reenfoca el servicio de salud en condiciones de pertinencia, razonabilidad y necesidad de servicio.

b) Si la única fuente de financiación son los recursos de las entidades territoriales se desprotege el servicio conexo de transporte, manutención y alojamiento

Como se anotó anteriormente, el sistema de seguridad social en salud ya sea en virtud de la aplicación de la Resolución número 6408 de 2016 (artículo 127) o en cumplimiento de fallos de tutela viene aplicando recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud como se dejó expresado en el texto aprobado en Primer Debate de esta cédula congresional y como se acoge en la presente ponencia, esto es:

- Primas diferenciales por dispersión geográfica.
- UPC básica, cuando por responsabilidad de la EPS no se cuenta con el servicio de salud requerido en el lugar de residencia del afiliado.
- Recursos del Fosyga (hoy ADRES) dispuestos para prestaciones excepcionales como lo dispone expresamente la Resolución número 5928 del 30 de noviembre de 2016 para servicios de cuidado domiciliario. O para atender la estancia, alojamiento y manutención a mujeres en condición de violencia o población indígena Ley 1257 de 2008.
- Y los recursos excedentes de las cuentas de Lotto y Fonpet cuando se haya atendido las obligaciones del pasivo pensional a cargo de dichas entidades territoriales.

c) La propuesta de que sea un auxilio que no cubra el servicio y sea fijado y administrado por los entes territoriales

En cuanto a esta propuesta tal como se ha explicado, hoy las entidades promotoras de salud se ven en la necesidad de contratar servicios y administrarlos con cargo a los recursos establecidos por ley, por tanto, es muy poco eficaz la creación de esta actividad a cargo de las entidades territoriales.

Por todo lo anterior, formulamos la siguiente propuesta bajo este marco:

2. Objeto

Este proyecto de ley pretende dar cumplimiento constitucional al derecho fundamental a la salud en términos de su efectivo acceso, así como al derecho a la seguridad social con el reconocimiento que en circunstancias especiales y necesarias, los gastos de traslado (transporte),

alojamiento y manutención de un paciente **y un acompañante** al sitio o lugar – diferente al de su municipio de domicilio – donde pueda prestarse efectivamente el servicio de salud. Todo ello, cuando la red prestadora de servicios de salud de la entidad administradora de planes de beneficios no preste los servicios en el lugar de domicilio del paciente, y que ni el paciente, ni su núcleo familiar cuenten con la capacidad económica para cubrir dichos gastos de traslado.

“2.1 Sobre el servicio de transporte en medio diferente a la Ambulancia

Para comenzar con la revisión de la viabilidad jurídica de cada concepto sobre el cual pretende regular el presente proyecto de ley, tenemos que ya desde el año 2011 (Acuerdo número 29) se contempla la necesidad del servicio de transporte diferente al de Ambulancia o Medicalizado bajo la noción de “medios disponibles” cuando – como bien lo resume la Corte Constitucional en Sentencia T-671 de 2013 – se presentan las siguientes circunstancias:

“Del mismo modo, dispone que se garantiza el servicio de transporte atendiendo a:

- i) el estado de salud del paciente,
- ii) el concepto del médico tratante y,
- iii) el lugar de remisión. **En consecuencia, aunque el transporte debe ofrecerse en ambulancia, este no es el único modo de garantizarlo, ya que se permite la utilización de los “medios disponibles”.**

Así, no solo en nuestro Sistema de Seguridad Social en Salud, se contempla el servicio de transporte para el paciente por medio del servicio asistencial de salud de Ambulancia Básica o Medicalizada sino con la intervención o por medio de los medios disponibles, obviamente en consideración a las condiciones de salud del paciente.

Sin embargo, no puede omitirse que en vigencia de la Ley 1751 de 2015 – incluso antes ya en la Resolución número 5592 de 2015 y Acuerdo número 29 de 2011 – se encuentra la Resolución número 6408 del 26 de diciembre de 2016 mediante la cual el Ministerio de Salud y Protección Social se “modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)” y que respecto al tema de transporte diferente a ambulancia indicó:

“Artículo 127. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será cubierto en los municipios o corregimientos con cargo a la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

Parágrafo. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces igualmente deberán pagar el transporte del

paciente ambulatorio cuando el usuario debe trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de este acto administrativo, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la Entidad Promotora de Salud (EPS) o la entidad que haga sus veces no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la Entidad Promotora de Salud (EPS) o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial”.

Esto significa que –a diferencia de lo que expresa el Ministerio de Salud en su concepto del 25 de septiembre de 2016 según lo cual el Sistema de Salud no consciente asumir gastos diferentes a los de transportes ambulatorio– el transporte en medio diferente a ambulancia para el paciente Sí puede ser soportado con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica² cuando sea un servicio dentro de su red prestadora de servicios de salud³ e incluso, cuando el paciente requiera de un servicio que la entidad promotora de salud NO los hubiera tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios SEA QUE EN EL MUNICIPIO RECIBA O NO RECIBA UPC DIFERENCIAL.

A esta circunstancia hay que adicionarle la prolija jurisprudencia que como fuente auxiliar del derecho, en tratándose del transporte, alojamiento y manutención⁴ con acompañante ha indicado las siguientes reglas de aplicación:

- (i) El paciente sea totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento,

² Para la atención de población indígena Ley 691 de 2001 y el Decreto número 1953 de 2014, compilado en el Decreto número 780 de 2016, la Resolución número 6411 de 2016 en su artículo 15, contempla un incremento a la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, diferencial para la población indígena en razón a las citadas particularidades socioculturales y demográficas ya aludidas. Adicional, el artículo 16 de dicha resolución, contempló para las EPSI, el reconocimiento de una prima adicional para zonas especiales por dispersión geográfica del 11.47% en los municipios y corregimientos departamentales listados en el Anexo de la resolución en cuestión, los cuales corresponden a los referidos anteriormente respecto de los departamentos de Vaupés y Guajira. CONCEPTO MINSALUD Radicado número 201711600741951 del 25 de abril de 2017.

³ Artículo 12 de la Resolución número 6411 de 2016, la prima adicional por zona con dispersión geográfica equivale al 11.47%.

⁴ Sentencias T-350 de 2003 M. P. Jaime Córdoba Triviño; T-745 de 2004 M. P. Manuel José Cepeda Espinosa; T-962 de 2005 M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra; T-200 de 2007 M. P. Humberto Antonio Sierra Porto; T-201 de 2007 M. P. Humberto Antonio Sierra Porto; T- 1019 de 2007 M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra; T-212 de 2008 M. P. Jaime Araújo Rentarías; T-642 de 2008 M. P. Nilson Pinilla Pinilla; T-391 de 2009 M. P. Humberto Antonio Sierra Porto; T-716 de 2009 M. P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo; y, T-834 de 2009 M. P. María Victoria Calle Correa.

- (ii) El paciente requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas, y
- (iii) El paciente, ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado”.

De esta forma se permite y garantiza el acceso a la salud, seguridad social e igualdad, a los pacientes, además de la prestación de un servicio de manera adecuada y eficiente, soportado en condiciones médicas y asistenciales adecuadas.

2.2. Del alojamiento y manutención

Sobre el particular, es de anotar que lo servicios de alojamiento u hospedaje en el lugar donde el paciente ha de recibir el tratamiento o atención asistencial en salud, que no pudo recibir en el lugar de su domicilio porque su entidad promotora de salud NO previó dicho servicio en su red prestadora de servicio de salud o por falta de oferta en la misma, ha sido considerada de manera abundante en la jurisprudencia.

En ese sentido existe línea jurisprudencial, reiterada y no modificada desde el año 2003 en el sentido de garantizar el acceso al alojamiento y manutención bajo las circunstancias excepcionales desarrolladas para el transporte por ser el traslado la fuente de las circunstancias que exigen el cubrimiento, en este sentido la Sentencia T-671 de 2013:

“De igual manera, la Corte Constitucional en Sentencia T-760 de 2008, determinó que “toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud que requiera, lo cual puede implicar tener derecho a los medios de transporte y gastos de estadía para poder recibir la atención requerida”, en ese orden de ideas “es obligación de todas las EPS suministrar el costo del servicio de transporte, cuando ellas mismas autorizan la práctica de un determinado procedimiento médico en un lugar distinto al de la residencia del paciente, por tratarse de una prestación que se encuentra comprendida en los contenidos del POS.” Lo anterior encuentra fundamento en la finalidad constitucional de que se remuevan las barreras y obstáculos que les impiden a los afiliados acceder oportuna y eficazmente a los servicios de salud que requieren con necesidad.

De conformidad con lo expuesto, se advierte que el transporte es un servicio cubierto por el POS que, pese a no contar con una naturaleza médica, constituye un medio para garantizar el acceso al tratamiento que requiera la persona.

En conclusión, por una parte, en las áreas a las que se destine la prima adicional, esto es, por dispersión geográfica, los gastos de transporte serán cubiertos con cargo a ese rubro. Por otra, en los lugares en los que no se reconozca este

concepto se pagarán por la unidad de pago por capitación básica. Las mismas reglas deberán aplicarse al alojamiento debido a que su necesidad se configura en las mismas condiciones que el traslado.

En el mismo sentido, el alto tribunal indicó tres situaciones en las que procede el amparo constitucional en relación con la financiación de un acompañante del paciente, como se lee:

- (i) que el paciente sea totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento,*
- (ii) que requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y,*
- (iii) que ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado⁵.”*

3. Marco constitucional y normativo

Nos permitimos retomar las consideraciones del proyecto en su exposición de motivos persigue superar unas circunstancias que bien pueden ser hoy atendidas puesto al existir tanto el precedente jurisprudencial como el marco normativo y de financiación para evitar las barreras de acceso al servicio de salud y/o la fragmentación en la prestación de los servicios pues otra de las circunstancias identificadas es el elevado número de IPS que incrementan el costo del servicio asistencial y/o la negación o dilación en la prestación del servicio de salud que se puede generar un agravamiento del estado de salud del paciente y por tanto, un mayor costo en el servicio de salud. En consecuencia, el presente proyecto busca que no se pierda la continuidad y calidad de la atención y, que el paciente pueda acceder a los servicios de salud contando con la posibilidad de condiciones determinantes para ello, en circunstancias excepcionales, como son el transporte para recibir su atención, el alojamiento y manutención en el lugar donde ha de recibirla, con el apoyo o compañía de algún acompañante que garantice su seguridad, lo contrario, sería generar internaciones en centros hospitalarios y el cuidado de personal de salud que en ciertas condiciones puede llegar a ser costoso e innecesario.

Esta situación genera enormes dificultades, pues conlleva a que un gran número de paciente, que en ocasiones requieren la compañía de algún familiar, y en la mayoría de los casos con pocos recursos monetarios, se desplacen de ciudad en ciudad para recibir la asistencia médica requerida. De igual manera, se dan casos en los que ni los pacientes ni sus familiares cuentan con los recursos necesarios para el desplazamiento y por esa razón no reciben el servicio de salud necesario.

⁵ Corte Constitucional, Sentencia T-350 de 2003. Esta decisión ha sido reiterada por la Corte en varias ocasiones; entre otras, en las Sentencias T-962 de 2005 y T-459 de 2007.

4. *Del impacto fiscal*

En los apartes normativos citados con anterioridad se ha demostrado que las circunstancias para la prestación y cubrimiento de los costos que genera el servicio de transporte por medio diferente a la ambulancia **No Generan Impacto Fiscal Distinto**, toda vez que las circunstancias se encuentran previstas en las fuentes de financiación del Sistema de Seguridad en Salud como lo indica el artículo 127 de la Resolución número 6408 de 2016 que imputa esta circunstancia a la prima adicional de zona especial por dispersión geográfica incluso, en los casos en los cuales la entidad no haya previsto tal servicio dentro de su red de prestación de servicios y el municipio NO reciba la UPC diferencial. Es de responsabilidad y propio de las funciones de la aseguradora de planes de beneficios a la cual se encuentra afiliado el paciente, realizar los convenios o administrar estos recursos para la proyección y atención de los servicios de transporte que se requieran cuando acaezca la contingencia de prestar el servicio de transporte. Obviamente, sin que ello implique disposición de otros recursos o de entrega física de dineros al paciente.

De igual manera, hace parte de la estructuración y planeación de la entidad a la cual está afiliado el paciente prever los costos y necesidad o pertinencia médica de disponer de un recurso humano calificado – enfermería en caso de que así se requiera por el médico tratante – o prever costos para el acompañamiento de una persona con la cual el afiliado por cercanía pueda ser asistido.

Por las circunstancias referidas, de igual manera, encontramos que bajo el criterio de la

gestión del riesgo en salud que permite prever las circunstancias donde pueda aplicarse los servicios de medicina domiciliaria, es posible que los gastos de hospedaje, alojamiento o estancia sin atención de personal calificado en enfermería pero con asistencia, pueda ser atribuido – como lo es hoy – al gasto en salud de la UPC, bajo el concepto de Medicina Domiciliaria que prevea la estancia en lugar No Hospitalario para paciente en tratamiento. Para ello, el Ministerio de Salud y Protección Social hará las actualizaciones a los CUPS – Clasificación Única de Procedimientos en Salud necesarios. El gasto de acompañante puede ser imputado cuando las circunstancias médicas de asistencia no generen la necesidad de atención de enfermería o de talento humano en salud.

Todo ello, se refleja en el enfoque que el presente proyecto de ley presenta a consideración.

5. *Contenido del articulado propuesto – Pliego de Modificaciones*

A continuación presentamos la tabla de ajustes para consideración, siendo el principal la modificación de la creación de un subsidio y reenfocándolo a las consideraciones normativas actuales que permiten la imputación de los servicios de transporte, alojamiento y manutención del paciente y un acompañante a los recursos de la UPC previstas para el gasto asistencial en salud. Sin crear fuentes o recursos adicionales a los ya previstos en el Sistema de Seguridad Social en Salud.

TEXTO APROBADO PARA EL PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE	JUSTIFICACIÓN DE LOS AJUSTES
<i>Por medio de la cual se crea el subsidio de gastos de transporte, alojamiento y manutención para el paciente del sistema de salud y un acompañante y se establecen criterios para garantizar su cumplimiento.</i>	<i>Por medio de la cual se establece el servicio social complementario adscrito al sistema general seguridad social en salud para atender el transporte, manutención y alojamiento del paciente y su acompañante con criterios de eficiencia y transparencia.</i>	Por las razones jurídicas y la línea jurisprudencial que es fuente de derecho de la Honorable Corte Constitucional y la amplia discusión frente a la figura creada se acoge la sugerencia de crear un programa adscrito a los servicios complementarios del Libro IV de la Ley 100 de 1993.
Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene como objeto crear un subsidio para cubrir los gastos de transporte, alojamiento y manutención de los pacientes del sistema de salud sin capacidad de pago y un acompañante, además de establecer los criterios requeridos para garantizar su cumplimiento. En todo caso, este subsidio no cubrirá gastos que ya están financiados en el plan obligatorio de salud o plan de beneficios.	Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene como objeto crear el servicio social complementario adscrito al Sistema General Seguridad Social en Salud que financie el transporte, alojamiento y manutención para el paciente y un acompañante cuando requiera de la atención de un servicio de salud en las condiciones que previstas en la presente ley.	Se ajusta el objeto con relación al título enfocando la norma hacia la creación del programa de servicio complementario en lugar del subsidio o auxilio monetario.
Artículo 2º. Ámbito de aplicación. Los beneficios consagrados en esta ley son aplicables en todo el territorio colombiano, a los pacientes del sistema de salud, que requieran mobilizarse de manera permanente o transitoria desde su lugar de residencia para la prestación de	Artículo 2º. Ámbito de aplicación. La presente ley se dirige a entidades promotoras de salud, entidades responsables del pago y la entidad administradora de los recursos del sistema de seguridad social en salud a fin de programar, planear y diseñar la forma eficiente de	Se acogen los requisitos y condiciones que la Corte Constitucional ha previsto en línea jurisprudencial para atender el servicio complementario previsto. De igual manera, bajo un criterio de eficiencia, se vincula a las aseguradoras que legalmente tienen la obligación de

TEXTO APROBADO PARA EL PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE	JUSTIFICACIÓN DE LOS AJUSTES
<p>servicios de salud, y que, en todo caso, no cuenten ni el paciente ni el núcleo familiar, con capacidad de pago para asumir estos gastos y para uno de sus acompañantes, cuando así se requiera, previo al cumplimiento de los requisitos establecidos en la presente ley.</p> <p>Lo previsto por la presente ley es complementario y residual a los servicios de transporte que establece el Plan Obligatorio de Salud.</p>	<p>atender dichas eventualidades, cuando:</p> <p>i) El usuario deba trasladarse a un municipio diferente al de su residencia o conurbación para recibir los servicios de salud ya sea porque no es posible prestarlos con oportunidad o no existan en el municipio de su residencia.</p> <p>ii) Que el paciente esté afiliado al Sistema General Seguridad Social Salud y pertenezca a los niveles I o II del Sistema de Información para beneficiarios de programas sociales Sisbén.</p> <p>iii) Cuando el paciente o su núcleo familiar no cuenta con medios económicos para cubrir los gastos de transporte, manutención o alejamiento.</p> <p>iv) El programa cubre al acompañante, cuando bajo criterio del médico tratante, el paciente sea totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento y requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas.</p>	<p>la organización de los prestadores de servicios (incluyendo los conexos de transporte, alojamiento y estadía).</p>
<p>Artículo 3°. Principios. El contenido de la presente ley y de las disposiciones que la complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la salud y con fundamento en el principio de accesibilidad a los servicios de salud, el cual comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información, además de los principios constitucionales y legales que se establecen en materia de salud.</p>	<p>ELIMINADO</p>	<p>Se encuentran dentro del artículo 2° del texto propuesto en la ponencia.</p>
<p>Artículo 4°. Condiciones para acceder a los beneficios. Para que los pacientes y/o cuyo grupo familiar no cuenten con capacidad de pago tengan derecho al subsidio para la financiación de los gastos de transporte, alojamiento y manutención necesarios para recibir los servicios médicos se requiere que se presente alguna de las siguientes situaciones:</p> <p>a) Que los pacientes presenten la remisión expedida por la EPS a la que se encuentre afiliado y que en el municipio donde residen no existan instituciones que brinden el servicio ordenado;</p> <p>b) Que el paciente deba desplazarse de su lugar de residencia dentro de la misma ciudad o a otra, para recibir atención en salud y que para su desplazamiento requiera transporte especial, estrictamente durante el tratamiento, situación que debe ser acreditada por el médico tratante, adscrito a la EPS a la cual se encuentre afiliado.</p> <p>El Gobierno nacional reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la publicación de la presente ley las condiciones socioeconómicas para acceder al beneficio, propendiendo que los procedimientos reglamentados no generen barreras para acceder al mismo.</p>	<p>ELIMINADO</p>	<p>Se encuentran dentro del artículo 2° del texto propuesto en la ponencia.</p>

TEXTO APROBADO PARA EL PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE	JUSTIFICACIÓN DE LOS AJUSTES
<p>Artículo 5º. Para que el acompañante de un paciente tenga derecho al subsidio para la financiación de los gastos de transporte, alojamiento y manutención, se requiere cumplir con cualquiera de las siguientes condiciones:</p> <p>a) Que los pacientes no puedan valerse por sí mismos y sean totalmente dependientes de terceros para su desplazamiento, según concepto del médico tratante;</p> <p>b) Que se trate de pacientes menores de edad;</p> <p>c) Que se trate de pacientes mayores de 65 años o en condición de discapacidad.</p> <p>El Gobierno nacional reglamentará, dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de esta ley, los criterios socioeconómicos para acceder al subsidio, los montos a financiar de los gastos de transporte, alojamiento y manutención necesarios para recibir los servicios médicos para el paciente y su acompañante, los cuales serán actualizados periódicamente, así como el receptor del subsidio, la periodicidad, los cambios de acompañante, los mecanismos de auditoría y control y el trámite que debe adelantarse para acceder al mismo.</p> <p>Parágrafo 1º. El paciente deberá mantener actualizados sus datos de residencia habitual en la respectiva EPS. Cuando la residencia frecuente, sea distinta de la que el paciente tenga registrada en el sistema, se perderá el derecho a estas ayudas, hasta tanto sea subsanada esta obligación. De igual forma se perderá definitivamente el derecho al subsidio, cuando el paciente o su acompañante, plagien y/o adulteren documentación al momento de solicitar el servicio. En todo caso, se respetará y garantizará el debido proceso.</p>	ELIMINADO	Debido a que las condiciones quedaron consignadas en el artículo 2º.
<p>Artículo 6º. Las entidades promotoras de salud, en su calidad de aseguradoras y en cumplimiento de sus funciones, especialmente las señaladas en el artículo 178 de la Ley 100 de 1993, serán las encargadas de la organización logística y de la operación del subsidio a que se refiere la presente ley.</p>	<p>Artículo 3º. Las entidades promotoras de salud, en su calidad de aseguradoras y en cumplimiento de sus funciones, especialmente las señaladas en el artículo 178 de la Ley 100 de 1993, serán las encargadas de la organización logística, administración de los recursos y de la operación del servicio social complementario al que se refiere la presente ley.</p>	Se adecúa el número consecutivo del artículo por las supresiones anteriores, y se ajusta cambia la expresión “subsidio” por “servicio social complementario” en consideración a la ponencia propuesta.
<p>Artículo 7º. Financiación. Con motivo de la unificación de los planes de beneficios y el principio de equidad y cobertura universal, las condiciones de transporte y acceso a alojamiento de que trata la presente ley se garantizarán con las primas adicionales para zona especial por dispersión geográfica cuando se perciba o en los municipios en los que esta no se perciba, se garantizará con las primas adicionales de UPC por conurbación, por zona alejada del continente, concentración de riesgo etario. En caso de que exista un municipio que no perciba prima adicional por ningún motivo, el recurso irá contra los gastos generales del Fosyga, si esto no fuere suficiente</p>	<p>Artículo 4º. Financiación. Con motivo de la unificación de los planes de beneficios y el principio de equidad y cobertura universal, el transporte del paciente y su acompañante se garantizará con las primas adicionales que el municipio reciba para zona especial por dispersión geográfica. En caso de que el Municipio no reciba dicha UPC diferencial, el servicio se garantizará con las primas adicionales por conurbación, por zona alejada del continente o concentración de riesgo etario. El servicio complementario de transporte del acompañante podrá causar un copago o cuota moderadora, según el caso.</p>	Se adecúa el número consecutivo del artículo por las supresiones anteriores. Se acoge la recomendación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a fin de que los servicios objeto del presente proyecto se apalancen por

TEXTO APROBADO PARA EL PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE	JUSTIFICACIÓN DE LOS AJUSTES
los excedentes de recursos de Lotto en línea del Fonpet luego de cubrir el pasivo pensional del sector salud, y los recursos del sistema general de participaciones en su orden.	La manutención y alojamiento, podrá prestarse en sitios de estancia no hospitalaria bajo el concepto de medicina domiciliaria como prestación sin cobertura a cargo de UPC. En caso de que el municipio no perciba prima adicional por ningún motivo, el servicio se financiará con los recursos del Sistema General de Participaciones de Propósito General y de los recursos de Lotto en Línea recaudados durante la respectiva vigencia fiscal, que no sean requeridos para el financiamiento del pasivo pensional del sector salud, de la respectiva entidad territorial, bien sea porque no tiene pasivo pensional o dicho pasivo se encuentra plenamente financiado.	
Artículo 8°. Sanciones. El uso inadecuado o irracional del subsidio de los servicios de transporte y alojamiento, así como el suministro de información falsa o fraudulenta por parte de cualquier actor del Sistema General de Seguridad Social en Salud acarreará sanciones previstas en los artículos 130 y 131 de la Ley 1438 de 2011 o las normas que la sustituyen y complementen. Sin perjuicio de las demás sanciones administrativas, fiscales, disciplinarias y penales por conductas contra los recursos del Sistema General de Seguridad Social previstas en la ley.	Artículo 5°. Sanciones. El uso inadecuado o irracional del auxilio de los servicios de transporte y estadía, así como el suministro de información falsa o fraudulenta por parte de cualquiera de las instituciones públicas o privadas que participan en el desarrollo del programa social definido en la presente ley, acarreará sanciones previstas en los artículos 130 y 131 de la Ley 1438 de 2011 y las demás normas aplicables. Sin perjuicio de las demás sanciones administrativas, fiscales, disciplinarias y penales por conductas en el manejo de los recursos públicos,	Se adecúa la numeración consecutiva por el efecto de las supresiones anteriores.
Artículo 9°. Vigencia. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las normas que le sean contrarias. El Gobierno nacional reglamentará esta ley en un plazo no superior a seis (6) meses contados a partir de su entrada en vigencia.	Artículo 6°. Vigencia. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las normas que le sean contrarias	Debido a la extensión de la jurisprudencia y la aplicación hoy de la

6. Proposición final

Por las anteriores consideraciones, nos permitimos rendir Informe Ponencia para Segundo Debate y recomendar voto **Positivo**, Proyecto de ley número 98 de 2016 Senado, *por medio de la cual se establece el servicio social complementario adscrito al sistema general seguridad social en salud para atender el transporte, manutención y alojamiento del paciente y su acompañante con criterios de eficiencia y transparencia*”, con los ajustes que a continuación se presentan:

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO LEY NÚMERO 98 DE 2016 SENADO

por medio de la cual se establece el servicio social complementario adscrito al Sistema General Seguridad Social en Salud para atender el transporte, manutención y alojamiento del paciente y su acompañante con criterios de eficiencia y transparencia.

El Congreso de la República de Colombia
DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene como objeto crear el servicio social complementario

adscrito al Sistema General Seguridad Social en Salud que financie el transporte, alojamiento y manutención para el paciente y un acompañante cuando requiera de la atención de un servicio de salud en las condiciones que previstas en la presente ley.

Artículo 2°. *Ámbito de aplicación.* La presente ley se dirige a entidades promotoras de salud, entidades responsables del pago y la entidad administradora de los recursos del sistema de seguridad social en salud a fin de programar, planear y diseñar la forma eficiente de atender dichas eventualidades, cuando:

- i) El usuario deba trasladarse a un municipio diferente al de su residencia o conurbación para recibir los servicios de salud ya sea porque no es posible prestarlos con oportunidad o no existan en el municipio de su residencia.
- ii) Que el paciente esté afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y pertenezca a los niveles I o II del Sistema de Información para beneficiarios de programas sociales Sisbén.

- iii) Cuando el paciente o su núcleo familiar no cuenta con medios económicos para cubrir los gastos de transporte, manutención o alojamiento.
- iv) El programa cubre al acompañante, cuando bajo criterio del médico tratante, el paciente sea totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento y requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas.

Artículo 3º. Las entidades promotoras de salud, en su calidad de aseguradoras y, en cumplimiento, de sus funciones, especialmente las señaladas en el artículo 178 de la Ley 100 de 1993 serán las encargadas de la organización logística, administración de los recursos y de la operación del servicio social complementario al que se refiere la presente ley.

Artículo 4º. Financiación. Con motivo de la unificación de los planes de beneficios y el principio de equidad y cobertura universal, el transporte del paciente y su acompañante se garantizarán con las primas adicionales que el municipio reciba para zona especial por dispersión geográfica. En caso de que el municipio no reciba dicha UPC diferencial, el servicio se garantizará con las primas adicionales por conurbación, por zona alejada del continente o concentración de riesgo etario. El servicio complementario de transporte del acompañante podrá causar un copago o cuota moderadora, según el caso.

La manutención y alojamiento podrán prestarse en sitios de estancia no hospitalaria bajo el concepto de medicina domiciliaria como prestación sin cobertura a cargo de UPC.

En caso de que el municipio no perciba prima adicional por ningún motivo, el servicio se financiará con los recursos del Sistema General de Participaciones de Propósito General y de los recursos de Lotto en Línea recaudados durante la respectiva vigencia fiscal, que no sean requeridos para el financiamiento del pasivo pensional del sector salud, de la respectiva entidad territorial, bien sea porque no tiene pasivo pensional o dicho pasivo se encuentra plenamente financiado.

Parágrafo 1º. El Fonpet girará los recursos de Lotto en Línea a los departamentos, distritos y municipios, de conformidad con el reglamento que establezca el Gobierno nacional.

Parágrafo 2º. En todo caso el auxilio económico se reconocerá a los beneficiarios hasta la concurrencia de los recursos disponibles.

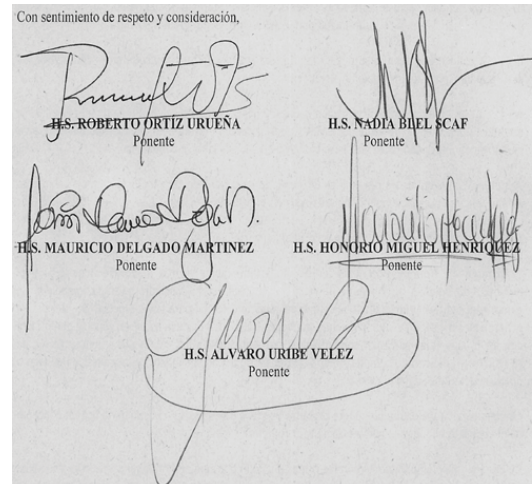
Artículo 5º. Sanciones. El uso inadecuado o irracional del auxilio de los servicios de transporte y estadía, así como el suministro de información falsa o fraudulenta por parte de cualquiera de las instituciones públicas o privadas que participan

en el desarrollo del programa social definido en la presente ley, acarreará sanciones previstas en los artículos 130 y 131 de la Ley 1438 de 2011 y las demás normas aplicables. Sin perjuicio de las demás sanciones administrativas, fiscales, disciplinarias y penales por conductas en el manejo de los recursos públicos.

Artículo 6º. Vigencia. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las normas que le sean contrarias

Con sentimiento de respeto y consideración,

Con sentimiento de respeto y consideración,



H.S. ROBERTO ORTIZ URUEÑA
Ponente

H.S. MADIA BIEL SCAR
Ponente

H.S. MAURICIO DELGADO MARTINEZ
Ponente

H.S. HONORIO MIGUEL HENRIQUEZ
Ponente

H.S. ALVARO URIBE VELEZ
Ponente

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE
SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá D.C., a 31 de octubre de 2017

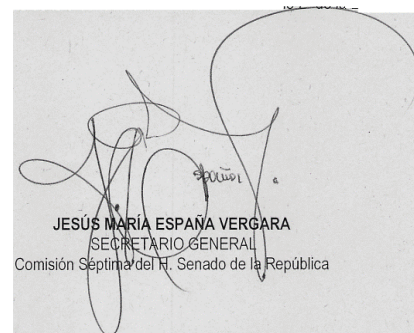
En la presente fecha se autoriza **la publicación en la Gaceta del Congreso de la República**, el siguiente informe de ponencia para segundo debate y texto propuesto para segundo debate.

Número: Proyecto de ley número 98 de 2016 Senado.

Título del proyecto: *por medio del cual se crea el subsidio de gastos de transporte, alojamiento y manutención para el paciente del sistema de salud y un acompañante y se establecen criterios para garantizar su cumplimiento.*

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
SECRETARIO GENERAL
Comisión Séptima del H. Senado de la República

CONCEPTOS JURÍDICOS

CONCEPTO JURÍDICO DE LA ANDI AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 07 DE 2017 SENADO)

por medio de la cual se adopta un modelo de perfil de nutrientes para productos alimenticios procesados y ultraprocesados y se dictan otras disposiciones - Ley para el consumo informado del azúcar, la sal y las grasas.

Modelo de perfil de nutrientes para productos alimenticios procesados y ultraprocesados (Proyecto de ley número 07 de 2017 Senado)

La Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI), inspirada en el bien común, en la democracia participativa y en la búsqueda del mayor desarrollo y beneficio social para los colombianos, se permite presentar sus opiniones respecto del proyecto de ley en referencia.

Este proyecto busca a través de diferentes medidas, impactar los índices de obesidad y de sobrepeso que, en Colombia, sí merecen y requieren medidas preventivas. No obstante, notamos con preocupación que las medidas que se plantean están dirigidas exclusivamente a limitar o establecer restricciones a la comercialización y la presentación de los empaques de los alimentos, desconociendo por un lado el papel que estos tienen dentro de la nutrición de la población y, por otro, que el problema de la obesidad y el sobrepeso deben ser abordados desde múltiples factores, de los que hacen parte sí, pero no exclusivamente, una alimentación balanceada y variada.

En primer lugar, queremos señalar que la industria no es ajena a los problemas de sobrepeso y obesidad que afectan en mayor o menor medida a cada población y al país. Sin embargo, consideramos imprescindible que cualquier esfuerzo regulatorio para enfrentar estos problemas debe mostrar un probado impacto sobre esos objetivos y ser proporcional a estos; también debe estar acorde con los hallazgos científicos y tecnológicos de última generación, tomar los referentes internacionales existentes -como el *Codex Alimentarius*- que tienen en la ciencia su sustento fundamental y, por último, debe ser armónico con las expectativas que tienen los consumidores, el Gobierno, las empresas que elaboran los alimentos y bebidas y el contexto social y cultural en que se van a implementar.

En este sentido, es necesario considerar que la obtención de resultados efectivos para evitar la obesidad y el sobrepeso solamente se deriva de un esfuerzo conjunto de la sociedad que tanto los legisladores, como el Gobierno, la academia, la industria, la comunidad médica y especialmente los consumidores estamos llamados a integrar mediante la formulación e implementación de

acciones diversas que van desde la adopción de hábitos de vida saludables en alimentación, actividad física y autocuidado, hasta el suministro de información adecuada, completa y veraz a los consumidores y la toma de decisiones adecuadas por parte de estos.

La industria no es ajena, ni indiferente a los problemas de sobrepeso y obesidad y a las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estos, prevalencias que se están incrementando en el mundo, sino que está comprometida con todo aquello que está en sus manos aportar para prevenir tales problemas. Entre las acciones que la industria viene adelantando en este objetivo, se encuentra la suscripción de compromisos voluntarios en materia de etiquetado y de publicidad dirigida a menores de 12 años, innovación en su portafolio y promoción y educación en hábitos de vida saludables, así:

- Etiquetado completo y claro de los productos, acompañado de la información nutricional relevante en las etiquetas y la publicidad, de manera que esta sea comprensible y comparable, permitiendo decisiones de consumo informadas.
- Publicidad, responsable, en especial la relacionada con productos para niños, niñas y adolescentes.
- Innovación en la formulación de productos y ampliación del portafolio, en dos líneas: suspensión o reducción de nutrientes que han sido identificados como de importancia en la salud pública, así como adición de nutrientes que se han identificado como deficitarios.
- Promoción constante y sostenible de la adopción de hábitos de vida saludables. Sabemos que solamente la combinación de una alimentación balanceada y variada, en las proporciones adecuadas, con actividad física suficiente, tendrá un impacto tangible en la disminución de los índices de sobrepeso y obesidad en la población.

A su vez, la industria viene realizando las siguientes campañas:

- **Anymo:** proyecto pedagógico piloto para la cualificación de docentes y comunidad educativa en general, orientado a la prevención del sobrepeso y la obesidad, con el que se promovieron prácticas de alimentación balanceada y actividad física en seis (6) instituciones educativas de Palmira y, a través del cual, se capacitó a 60 maestros, impactando a 1.675 estudiantes y 277 padres de familia.

- **Quiérete Muévete - Guía para vivir feliz y saludable:** campaña que hemos desarrollado en varias ciudades de Colombia y que busca difundir mensajes que promueven hábitos de vida saludable fácilmente implementables en la vida cotidiana, tales como “dile no al carro”, “adiós a los ascensores”, “come de todo, pero balanceadamente”, “realiza mínimo 150 minutos de actividad física a la semana”, “ponle color a tu vida, consume 5 porciones de frutas y verduras al día”. Esta campaña se desarrolló en 3 ciudades: Bogotá, Cali y Medellín, en centros comerciales, universidades y parques.
- **¿Cómo Como?:** campaña que creamos para enseñarle a los consumidores a leer el etiquetado nutricional frontal que actualmente tienen los alimentos del portafolio de las empresas que pertenecen a la Cámara de Alimentos de la ANDI.

La campaña tiene página web y está en redes sociales con 54 contenidos: Facebook, Instagram y Twitter. Durante 3 meses se impactaron 3.861.093 personas únicas, se alcanzaron 9.336 seguidores, 17,283 visitas a la página y tuvo un alcance de influenciadores en Instagram de 1.374.009 usuarios.

En cuanto al contenido del proyecto de ley, a continuación, nos permitimos presentar algunos comentarios específicos:

1. Connotación de carácter negativo hacia los alimentos, sin un sustento científico

El *Codex Alimentarius - International Food Standards*, es un código de referencia mundial en materia de alimentos. Fue establecido por la FAO y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1963 para elaborar normas alimentarias internacionales armonizadas, que protegen la salud de los consumidores y fomentan prácticas leales en el comercio de los alimentos. El *Codex* es el código a través del cual los países miembros (187 países y la Unión Europea), acogen normas voluntarias internacionales armonizadas sobre alimentos para proteger la salud de los consumidores y fomentar prácticas leales en el comercio de estos.

Aunque son normas voluntarias, muchos países las han incorporado dentro de su ordenamiento jurídico o son usadas ante vacíos normativos, al ser el principal referente internacional en la materia.

El proyecto de ley, tal como está planteado, incorpora una connotación negativa hacia los alimentos procesados, sin que se identifique un sustento científico nacional o internacional. Al respecto, cabe resaltar que el *Codex Alimentarius* recomienda evitar la exposición de los alimentos en algún tipo de contexto negativo sin la debida asistencia de evidencia científica.

En el apartado 3.5 de las Directrices Generales (CAC/GL 1-1979 rev1-1979), el *Codex Alimentarius* establece la prohibición de “Declaraciones de propiedades que pueden suscitar dudas sobre la inocuidad de alimentos análogos, o puedan suscitar o provocar miedo en el consumidor.” Es así como, en materia de información nutricional determina tres ejes:

- Informar sobre el perfil del nutriente contenido en el alimento -no un perfil del producto por sí mismo-, alejándose de esquemas que propicien dudas o temor sobre la pertinencia del producto.
- No incorporar valoraciones en torno a la cantidad que cada persona debe consumir.
- No desconocer que, en materia nutricional, cada individuo tiene su propia realidad.

En este sentido, es necesario contar con la participación de las distintas entidades del Gobierno que ya se encuentran desarrollando acciones tanto reglamentarias como de campo, de tal forma que cualquier norma que se expida guarde coherencia con el sustento técnico-científico que durante años se ha desarrollado en torno a este delicado asunto y con las políticas del Estado que se vienen implementando, originadas en su mayoría en la normatividad ya existente en Colombia y enmarcadas dentro del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, actual marco de la política pública que existe en esta materia.

2. Valores de referencia para etiquetado

En el artículo 4º, el proyecto propone establecer unos valores de referencia que se basan en el Modelo de Perfil de Nutrientes que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), creó y viene promoviendo en distintas instancias. Al respecto, es imprescindible resaltar que este modelo tiene una falencia fundamental consistente en que, para prevenir la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles, aplica las metas de consumo de nutrientes que están planteadas para la dieta total y reduce las metas para cada alimento, lo cual constituye un error técnico que contradice las recomendaciones de la misma Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre el desarrollo de perfiles nutricionales.

Los comités de expertos en el desarrollo de perfiles de nutrientes han publicado una serie de lineamientos a los que deben atender los perfiles desarrollados.

Entre estos lineamientos, el primero de ellos señala que cada perfil tiene que ser desarrollado específicamente para el uso que se piensa darle y el perfil de nutrientes propuesto por la OPS ignora esta recomendación, al proponer un solo perfil para distintos usos, entre ellos etiquetado y publicidad infantil.

Otras buenas prácticas para el uso de Perfiles de Nutrientes incluyen la fundamentación científica y la factibilidad regulatoria y tecnológica. El

perfil propuesto por la OPS no atiende estos puntos ya que no atiende los tamaños de porción, la agrupación de los alimentos por categorías, las regulaciones locales, la base científica, la validación del modelo, o la factibilidad técnica de crear productos con la tecnología disponible que puedan cumplir con el perfil.

En conclusión, el uso errado de los criterios de nutrientes tiene el potencial de crear una dieta muy sesgada y potencialmente puede aumentar las deficiencias de nutrientes.

Conclusión

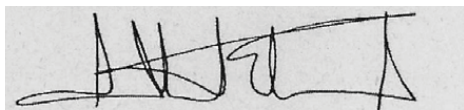
I. En la búsqueda de un sistema de clasificación unificado, la OPS propone la categorización de los alimentos a través de Perfiles Nutricionales, lo cual por las razones esbozadas no consideramos que sea el modelo más adecuado.

De continuar la iniciativa como está propuesta, la ANDI prefiere el archivo del proyecto de ley.

Es necesario tomar el *Codex alimentario*, modelo reconocido globalmente, el cual es el principal referente internacional establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), modelo que a su vez está recogido por los países que pertenecen a la OCDE, organización a la que aspira Colombia a ser admitida próximamente.

II. Finalmente, la ANDI hace un llamado para trabajar en conjunto con todos los actores que se interesan en buscar soluciones al sobrepeso y la obesidad, asunto que tiene múltiples factores que requieren ser considerados integralmente, para prevenir el incremento y evitar las enfermedades asociadas a ellas. Las medidas que se adopten deben en todo caso atender los principios de proporcionalidad, razonabilidad y eficacia que deben prevalecer en la actividad regulatoria.

Cordialmente,



Alberto Echavarría Saldarriaga
Vicepresidente de Asuntos Jurídicos

Bogotá, octubre 25 de 2017

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE
SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá D.C., a 26 de octubre de 2017.

En la presente fecha se autoriza la **publicación en la Gaceta del Congreso de la República**, las siguientes consideraciones.

Concepto: Asociación Nacional de Empresas de Colombia (ANDI).

Refrendado por: doctor Alberto Echavarría Saldarriaga, Vicepresidente de Asuntos Jurídicos.

Proyecto de ley número 07 de 2017 Senado

Título del proyecto: *por medio de la cual se adopta un modelo de perfil de nutrientes*

para productos alimenticios procesados y ultraprocesados y se dictan otras disposiciones - Ley para el consumo informado del azúcar, la sal y las grasas.

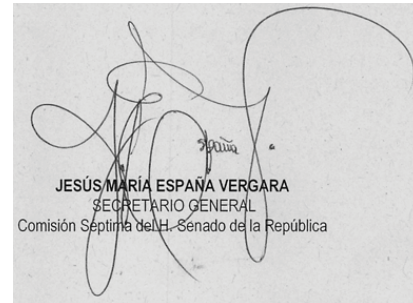
Número de folios: cuatro (4) folios.

Recibido en la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado, el día: jueves veintiséis (26) de octubre de 2017.

Hora: 9:10 a. m.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
SECRETARIO GENERAL
Comisión Séptima del H. Senado de la República

* * *

CONCEPTO JURÍDICO DE APS Y MEDICINA FAMILIAR AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 72 DE 2017 SENADO

por medio del cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

CONTENIDO

Presentación

1. Marco Conceptual

- 1.1 Salud y Sanidad
- 1.2 El Cambio del perfil epidemiológico. Nuevo Contexto.
- 1.4 La Demanda de Servicios en una comunidad.
- 1.5 Paradigmas de la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria
- 1.6 El concepto de Complejidad
- 1.7 Interpretaciones Operativas del concepto de APS.
- 1.8 Los tres componentes de la Práctica: Promoción de la salud, Prevención de la enfermedad, Atención a la persona enferma.
- 1.9 El concepto de Servicio y la calidad en la prestación del Servicio.

2. Sistema de Salud y Sistema Sanitario

- 2.1 Desarrollo Institucional para la Promoción de la Salud-Bienestar
- 2.2 Desarrollo Institucional para la Atención Primaria
- 2.3 Las Redes de servicios de salud para la Atención Primaria
- 2.4 Los Equipos Básicos de Salud
- 2.5 Portafolio de Servicios de APS

- 2.6 Financiación de la APS
- 2.7 Reorganización de las Secretarías Departamentales y Municipales de Salud

3 Formación de Recurso Humano calificado para la APS

- 3.1 Algunos aportes para Ajustes al currículo médico
- 3.2 Formación de personal técnico. El Auxiliar de Salud Familiar.

Bibliografía

Presentación

La Ley 1438 del 2011 estableció la Atención Primaria en Salud en Colombia. La ley estatutaria de salud, expedida en junio de 2013 consagra la salud como un derecho fundamental autónomo, garantiza su prestación, lo regula y establece sus mecanismos de protección. La Política Integral de Atención en Salud (PAIS), presentada el 16 de febrero de 2016, ordena iniciar un proceso de implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

El sistema sanitario y la Academia tienen ahora el desafío de implementar y probar modelos de APS que puedan demostrar alta capacidad resolutoria para los problemas en salud de mayor ocurrencia en el territorio colombiano.

Los decretos reglamentarios que se expidan deben dilucidar los dos temas centrales de la APS:

1. La salud (bienestar).
2. La sanidad. En particular, un factor clave de éxito está en la conformación de equipos de salud para la APS con el enfoque de medicina familiar.

Se requiere llegar a acuerdos de tipo -conceptual operativo-, y hacer aplicación de los mismos, mediante ajustes en la organización del sistema sanitario y en la formación académica del recurso humano, calificado para la APS. El desafío consiste en el diseño de modelos eficaces y eficientes que recojan la experiencia, tanto la interna en el país, como también externa de los países que han logrado altos resultados en salud.

Una pregunta que merece consideración especial es ¿cuál es hoy la “tecnología apropiada” para la APS?

La experiencia de Medicina Familiar modelo de “APS Fuerte” ha demostrado altos grados de eficacia como también eficiencia en el aprovechamiento de los recursos. Este enfoque aplica principios esenciales entre los cuales se destaca el de cobertura universal y calidad “normalizada” que se le ofrece a “toda” la población - no solo “para pobres” (servicios que cumplan estándares en eficacia, seguridad, oportunidad, calidez, disponibilidad y acceso). El modelo organizacional debe aplicar también principios de eficiencia administrativa mediante la conformación de redes de APS, “sistemas controlables”.

El marco contextual para la implantación de la APS en Colombia consiste en una crisis del sistema de salud, manifestada como insatisfacción de los usuarios e insatisfacción de los médicos y trabajadores de la salud.

Entre las causas principales de la crisis está la Indefinición para las EPS de las funciones contenidas en el rol asegurador y en rol “Promotor de la salud” (se quedó en el mero título pero no se ha reglamentado en detalle su obligación), en la práctica durante las anteriores 2 décadas se limitó su rol a una mera función administradora financiera lo cual constituye una Intermediación onerosa para el SGSSS.

El modelo de salud actual no aprovecha las competencias del médico general, y lo relega a una función “triagista” como un simple remitidor, la tercerización laboral acentúa su desprofesionalización.

La Atención Primaria trata dos realidades las cuales aunque son interdependientes pertenecen a órdenes conceptuales diferentes: *la salud* y *la asistencia sanitaria*. Estos términos se han desdibujado como concepto, los académicos no han logrado acuerdo en su definición, su naturaleza, su composición y su funcionamiento y, por lo tanto, estos conceptos no se presentan con claridad a la comunidad.

1. Salud y Sanidad

Los fundadores de la “agencia de salud” de la Organización de las Naciones Unidas (1948), en la redacción de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, definieron la salud como “un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad” (1). En Alma Ata (1978), se sustenta la misma idea “estado de Bienestar, el cual va mucho más allá que la ausencia de enfermedad”. (2) Esta definición implica que lo contrario de enfermedad no es la salud, sino la Sanidad.

Después de 39 años sigue siendo necesario un acuerdo sobre *el concepto amplio* de la salud, pero no se trata de la mera declaración teórica sino con todas las implicaciones que le corresponden. Si se acoge el concepto de salud como Bienestar, No sería correcto relacionar “el estado de salud” con enfermedad o con factores de riesgo. Se hace necesario revisar los DSS. Habría que admitir que siendo la salud una realidad mucho más amplia que la sanidad, los determinantes del Bienestar no son los mismos determinantes de la enfermedad. Los informes sobre “el estado de salud” no pueden ser las estadísticas de morbilidad y mortalidad y mucho menos los reportes de gestión de las acciones realizadas por las instituciones sanitarias durante un período determinado.

Una conclusión importante al admitir el concepto amplio de salud es la precisión en la asignación de responsabilidades. Lo que evidentemente le corresponde al sector sanitario es la Sanidad. Su obligación es mantener a las personas y las poblaciones sanas.

La responsabilidad por la salud está ubicada en un orden superior: “El Estado”. Le corresponde al Estado propiciar un contexto que la procure, generar las condiciones favorables para el bienestar de los pueblos.

También les toca a los mismos individuos y familias cumplir su papel, actuar para tener una vida más comprometida y con más significado.

El desafío para los círculos académicos y las instituciones es lograr acuerdos en una definición operativa de la Salud. ¿De qué se compone la salud?, cómo se logra, cómo se evalúa, cuáles son sus indicadores propios.

En esta dirección y como base para una definición operativa de la Salud, es conveniente revisar el significado del Bienestar y los conceptos conexos: Equidad y Desarrollo Humano.

El Bienestar según el Diccionario de la lengua española “es un Estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica”.

La noción de bienestar hace referencia al conjunto de aquellas cosas que se necesitan para vivir bien.

Estado vital de una persona caracterizado por estar satisfecho con la propia vida, experimentar con frecuencia emociones positivas y disfrutar de una salud física y psíquica ajustada a las propias expectativas.

Estado o situación de satisfacción o felicidad. El concepto de bienestar tiene cuatro principales acepciones:

Los ámbitos físico, psicológico o mental, emocional y social. El ámbito social plantea dos requisitos para el bienestar: Equidad y Desarrollo Humano.

La Equidad

Sobre la Equidad dice Halfdan Mahler “Se requiere de Nuevos valores tales como la justicia social, y una Búsqueda diligente de hechos”, “El fin es el desarrollo humano”,... Afirma que el problema central a enfrentar es “la pobreza por debajo de cualquier definición de decencia humana” (3). La Brecha económica es grande y creciente. La desigualdad no ha disminuido después de Alma Ata, ha crecido en las últimas 3 décadas. Una prueba de esto es que tenemos El índice GINI en Colombia como el más alto de Suramérica y más alto que todos los países europeos. Este punto que es el más importante como tal, no le corresponde la solución al sistema de salud. Se ha declarado que “la Equidad es central para la sobrevivencia de la sociedad” pero esta confirmación tan importante no ha logrado el resultado esperado, no le llega a los actores implicados. En palabras del doctor Héctor Abad Gómez, en el fondo el problema es la excesiva concentración de la riqueza que deja a grandes masas en condiciones de postergación.

La -justicia social- primer planteamiento de la APS precisa de -gestión política- y esta

corresponde a diversas instituciones del Estado y va más allá, no sólo para el Estado o para un país en forma aislada, debido a que existen dimensiones externas que la condicionan. Se hace necesario trabajar en las relaciones entre “Naciones” donde los protagonistas sean también los Pueblos -la sociedad civil -quienes deberán ser consultados sobre las políticas de Estado orientadas a la salud. Importante promover la participación de la sociedad civil en los propios organismos multilaterales, que deberían recoger las opiniones de la sociedad civil y no sólo de los Gobiernos.

Es preciso crear condiciones propicias para la Participación Social. Marcos jurídicos e Institucionales adecuados. Se requiere Establecer y desarrollar una institucionalidad para la participación Social. (4) Se requiere un rediseño organizacional y reasignación de competencias- al Ministerio de Salud y a los Entes territoriales, secretarías de salud.

Entre las tareas a seguir están: Desarrollar instituciones como veedurías, consejos comunitarios, ligas de usuarios, proyectos y presupuestos participativos, etc. Capacitar los actores públicos y las comunidades en ello, Fortalecer sus organizaciones, Diseñar estrategias de comunicación, Promover la investigación y Mejorar la gerencia del conocimiento.

No se le debe cargar al llamado sector salud, la responsabilidad en solitario por la reducción de inequidades.

Pueden sí, los entes territoriales desempeñar un rol de liderazgo en la acción intersectorial y la participación social. A nivel local, los equipos básicos de salud pueden contribuir al desarrollo de procesos de participación social y de organización comunitaria.

El Desarrollo Humano

El Desarrollo Humano, para Manfred Max Neef, es resultante de la “satisfacción de las necesidades humanas fundamentales”. Dice que las necesidades humanas son delimitadas. Son constantes en toda época histórica y cultura, y que a la vez las NHF también son potencialidades las NHF Son 10: Subsistencia, Protección, Afecto, Conocimiento, Participación, Ocio, Creación, Identidad, Libertad y Trascendencia. Para su satisfacción las personas y comunidades usan satisfactores los cuales corresponden a cuatro categorías axiales: SER, TENER, HACER, ESTAR (6)

2. Cambio del perfil epidemiológico. Un Nuevo contexto

En los últimos 50 años hubo un cambio epidemiológico notable. El incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, una megatendencia global. Este fenómeno es una de las causas del costo alto y creciente de la asistencia sanitaria.

Características del Nuevo perfil epidemiológico

Momento Histórico	Inicio Siglo 20 y anteriores	Inicio Siglo 21
Primeras causas de Morbi-Mortalidad	Enfermedades infecciosas	E. Crónicas no transmisibles
Modelo	Unicausal	Multicausal
Factor predominante	Ambiente	Estilo de Vida
Estrategia	Higiene	Cambio de Hábitos
Acción prioritaria	inmunizaciones	Nutrición, ejercicio físico, salud mental.

La pregunta que obliga el nuevo perfil epidemiológico es ¿cómo cambiar conductas?

Ante esta realidad se hace necesario investigar, desarrollar y aplicar “Técnicas para el cambio de hábitos”.

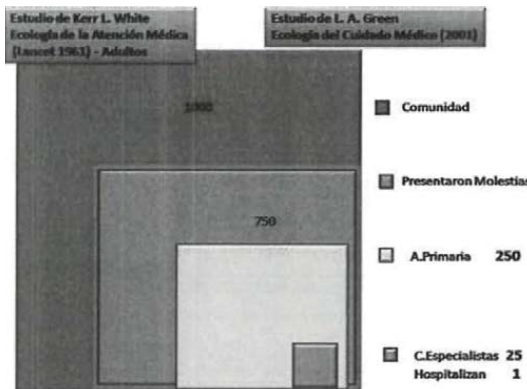
Algunas teorías disponibles actualmente para trabajar el cambio de hábitos son:

- Modelo de creencias en salud.
- Modelo Transteórico de etapas de cambio.
- Teoría de la acción razonada y la conducta planificada.
- Teoría de colocación de metas.
- Teoría de autorregulación.
- Teoría de Resiliencia.
- Teoría Sociocognitiva.
- Teoría de Redes y Apoyo Social.

3. La demanda de servicios en una comunidad

El Sistema de salud, necesita un equilibrio entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria. En el proceso de formación de los futuros médicos, las escuelas de medicina también requieren un equilibrio entre los dos tipos de Práctica: Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

La Demanda esperada en la Atención Primaria y en la Atención Hospitalaria:



4. Paradigmas de la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria

La Atención Primaria tiene fundamentos científicos, filosóficos y operativos diferentes de la Hospitalaria, y para los cuales se requiere una formación adecuada.

Es necesario desarrollar y articular de manera complementaria y sinérgica la atención primaria con la Hospitalaria.

La APS debe ser responsable por el 90% de todos los problemas de salud de una comunidad, su ámbito geográfico de aplicación es la vivienda, el barrio, la escuela, el centro de salud, allí dónde se transcurre la vida de las personas.

Mientras que la atención hospitalaria recibe individuos aislados, en la atención primaria se debe asignar grupos de individuos y familias a médicos y equipos de salud, para su respectivo cuidado, en forma prospectiva mediante técnicas de demanda inducida.

El enfoque holístico hace referencia a la consideración de los aspectos biopsicosociales del paciente y a la consideración del entorno y el contexto en el cual ocurre la enfermedad y cuya modificación puede propiciar la salud.

En la atención hospitalaria el enfoque reduccionista significa la necesidad de enfocarse en forma puntual en del problema actual del paciente un ejemplo es el paciente que va a cirugía.

Atención Primaria	Atención Hospitalaria
Atiende 90% de los problemas de salud	10% de los problemas de salud
Lugar de aplicación: Vivienda, escuela, barrio, Centro de Salud.	Lugar: Hospital o Clínica
Asignación de Grupos de individuos y de Familias	Individuos Aislados
Demanda Inducida	Demanda limitada
Enfoque: Holístico	Enfoque: Reduccionista
Interés por la Persona	Interés por la Enfermedad
Visión Panorámica	Visión Focal
Predomina la Síntesis	Predomina el Análisis
Atiende Problemas	Atiende Diagnósticos
Los problemas son indiferenciados	
Atención Continua. A lo largo del tiempo.	Atención Episódica
El tiempo es un recurso terapéutico	El tiempo apremia
La personalidad del MD como recurso terapéutico	
El Juicio clínico es lo más Importante	Dependencia alta del Laboratorio
El entorno o contexto es clave para entender el problema	
El entorno del paciente es un recurso Dx y Terapéutico	
Involucra Manejo no farmacológico y Terapias complementarias	Uso alto de Fármacos

5. El concepto de Complejidad

En el sector salud se asocia Complejidad con el uso de equipos o aparatos sofisticados y costosos. (Niveles 3 y 4 de atención), Sin embargo, la complejidad es algo muy diferente. Complejidad tampoco es meramente una gran cantidad de unidades relacionadas de manera intrincada. Implica un marco conceptual completamente distinto que permite concebir sistemas multidimensionales nacidos en una dinámica relacional y que nos llevan a pensar y a construir mundos de sentido muy diferentes a

las que surgen de los modelos de pensamiento basados en el paradigma analítico. (9)

Concepto holístico, “teoría de sistemas”, fenómenos emergentes, autopoiesis, auto-organización, y el “manejo de la incertidumbre”. Estos conceptos son característicos del pensamiento complejo y son comunes en el manejo de pacientes en APS por el médico familiar, por ejemplo en el manejo de la enfermedad prodrómica.

La verdad es que los servicios de la Atención Primaria no son de baja complejidad, algunos los han calificado así por el hecho de no usar equipos o aparatos de alta sofisticación, o alto costo, lo cual es otra cosa.

El problema es que al denominar La APS como de Baja Complejidad conduce seguidamente a desprestigio y como consecuencia de ello asignación mínima de recursos.

6. Interpretaciones Operativas del concepto de APS

La OMS define atención primaria como, La atención esencial de salud basada en métodos prácticos, científicamente confiables y socialmente aceptables, así como tecnología universalmente accesible para los individuos y las familias en la comunidad a través de su total participación y a un costo que la comunidad y el país puedan mantener... forma parte integral del sistema de salud del país... y del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad... llevando los servicios de salud tan cerca como sea posible hasta donde la gente vive y trabaja y constituye el primer elemento de un proceso continuo de atención a la salud.¹

El Origen de la confusión lo generaron las mismas autoridades internacionales:

A solo 6 años de Alma-Ata, en 1982, la Unicef lanzó la APS Selectiva, con el apoyo de otras organizaciones internacionales, reduciendo el énfasis a 4 intervenciones en la población materno- infantil (GOBI por las siglas en inglés). Se toma distancia de la APS.

8 años después de la Declaración de Alma-Ata, la misma OMS apoyó la proclamación de la “Carta de Ottawa” donde no se menciona la APS, se concentra la atención sobre la “promoción de la salud”. Esta propuesta contiene muchos elementos en común con la APS, pero no hubo esfuerzos para armonizar y complementar las dos iniciativas. Tampoco se hizo luego en las Cinco reuniones internacionales de seguimiento entre 1986 y 2005 que Centrarón la atención de los gobiernos y agencias internacionales:

Adelaida (Australia) elaboró en detalle el establecimiento de políticas públicas saludables;

Sundsvall, (Suecia) se ocupó de las estrategias para la creación de entornos saludables;

Yakarta, (Indonesia), pidió a los países miembros revisar la Carta de Ottawa y sus implicaciones ante los desafíos mundiales; México

DF, (México) analizó las desigualdades en salud entre países y al interior de cada país; Bangkok, (Tailandia) analizó la globalización favorable a la salud, la sostenibilidad y los asociados a la iniciativa de Ottawa.

Recuperar el significado y darle prestigio a la APS

La confusión inició desde la inapropiada traducción al español de Primary Health Care como Atención Primaria de Salud en vez de “Cuidado Esencial de la Salud”. El cuidado de la salud significa que se ofrece cuidar deliberadamente de ella en vez de esperar pasivamente que alguien demande ser atendido.

En Colombia y otros países de habla hispana, el significado predominante del vocablo primario(a) es el de elemental, primitivo, en vez de principal, primordial, esencial.

Es obligación del sector sanitario, garantizar servicios de calidad, demostrando alta capacidad resolutive.

Inequidad es tanto el no acceso como también ofrecer servicios de baja calidad.

No basta con la declaración o con los objetivos de la Atención Primaria, se hace necesario tener conocimientos sobre la práctica de la Atención Primaria, “el cómo”, los métodos para el Cuidado de la salud a Grupos de individuos y de Familias (a largo plazo), justamente es lo que trata la Medicina Familiar.

“La sociedad requiere expertos en filosofía de la APS, como también especialistas en la práctica de la APS”

- 1 Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento Oficial. Julio 12/05. PP 24.

APS se ha caracterizado como un término polisémico y por lo mismo con múltiples interpretaciones, cada una de ellas comprendiendo a su vez diversos componentes, con lo cual se ha generado confusión. A este fenómeno el español Juan Gérvas lo ha llamado “Totum Revolutum” (14)

1. APS como un conjunto de actividades Promoción de la salud, Prevención de la enfermedad. Asistencia a la enfermedad.
2. APS como un nivel asistencia) Puerta de entrada al sistema: La APS es la parte del sistema asistencial con la que la población toma contacto en primer lugar cuando tiene un problema de salud. Una concepción difundida en la literatura científica consiste en identificar la APS con el concepto de Atención Primaria (AP) desarrollado en Norteamérica y Europa (primer nivel de atención médica).
3. APS como una estrategia de organización de la atención a la salud. Servicios Acce-

sibles, Aceptables, Adecuados a las necesidades de la población, Funcionalmente integrados, Basados en la participación comunitaria, Económicos, Basados en la colaboración intersectorial.

4. APS como una filosofía. Aceptación de un concepto amplio de salud, equidad, auto-responsabilidad, solidaridad internacional.

Tipos observados de APS

La APS se ha aplicado en las 3 décadas anteriores de múltiples formas y con grandes diferencias entre países desarrollados y subdesarrollados. Al observar las diferencias en estructura procesos y resultados de las diversas experiencias como lo han ejecutado, se pueden identificar 3 tipos de APS: Una forma elemental o precaria, la APS renovada y la APS “Fuerte”.

APS precaria

Algunos gobernantes entendieron la APS como una forma elemental, de dar servicios de salud para los pobres, y encontraron una Justificación para ofrecerles servicios baratos, de baja calidad, con mínima tecnología y por personal no profesional.

El uso de personal auxiliar No-Profesional, no se debe confundir con La delegación de funciones lo cual es un método de gran importancia para aumentar la equidad, la eficiencia y la efectividad de los servicios médicos, pero que no implica delegar la responsabilidad, en todo caso exige la supervisión de un experto, que está siempre disponible cuando el caso lo requiera. Algunos equiparan tecnología apropiada con tecnología primitiva.

“No debe tomarse la APS como justificación para ofrecer a los pobres servicios de baja calidad, sin adecuada capacidad resolutive y por personal no profesional”.

Atención Primaria renovada

Es un concepto presentado por la OPS en 2005, definido como “La transformación de los sistemas de salud, de modo que puedan hacer de la APS su fundamento. La reorientación de los Sistemas de Salud con un enfoque de la APS demanda reajustar los servicios de salud hacia la promoción y la prevención; ajuste que debe ser conseguido por medio de la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno; de la Integración de los servicios de salud pública y de atención personal; del desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades; y de la creación de un marco institucional que incentive la mejoría de la calidad de los servicios. La realización plena del potencial de la APS requiere, adicionalmente, de una concentración especial en el papel de los recursos humanos, en el desarrollo de estrategias para gestionar el cambio y en la alineación de la cooperación Internacional con el enfoque de la APS.” (10)

Atención Primaria Fuerte

Una diferencia notable en la aplicación de la Atención Primaria en Salud entre los países desarrollados y los subdesarrollados es que en los primeros la APS ha estado a cargo de especialistas en medicina familiar (en algunos países con diferentes nombres, como Medicina General Integral), con excelentes resultados que demuestran que el efector primario es el especialista en medicina familiar; en los países subdesarrollados, hay déficit de especialistas en esta área de la medicina, la atención primaria la ha brindado personal poco calificado; las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a cargo de auxiliares (promotores, gestores y voluntarios) y a la atención a la morbilidad a cargo de médicos generales (sin entrenamiento adecuado en APS).

Atención Primaria Fuerte, es un modelo en el cual los equipos de salud están liderados por Especialistas en Medicina Familiar. Se caracteriza por su alta capacidad resolutive (capacidad para resolver por sí misma más del 90% de los problemas de salud en la población asignada), con oportunidad y accesibilidad, y garantizando continuidad e integración de los cuidados recibidos.

Medicina familiar

El auge de la especialización médica ocurrido en la primera mitad del siglo XX, generó un gran avance científico y tecnológico de esta profesión, sin embargo también se produjo en muchos casos fragmentación del cuidado médico, despersonalización, altos costos y paradójicamente menores resultados en salud.

Se evidenció la necesidad de desarrollar una disciplina que comprenda al ser humano en forma integral.

Porque la especialización aplica el enfoque reduccionista con lo cual limita su área operativa y conceptual.

“Saber cada vez más de cada vez menos”.

La Medicina Familiar se fundamenta teóricamente en la totalidad o complejidad organizada, toma al ser humano como un todo y como un ser dinámico en interrelación con su entorno. Su visión sobre el problema es amplia; tiene un enfoque multicausal de la enfermedad como fenómeno social. (16)

El médico familiar recibe entrenamiento sobre cómo producir cambios de actitud en el enfermo, de cómo ejercer una medicina preventiva y prospectiva en el consultorio y de cómo cumplir a cabalidad con su función de educador que es una de las más profundas acciones del médico de cabecera. Con la depuración de las técnicas que se han introducido en estos campos por la Medicina Familiar, se revigora la consulta externa y mejoran los servicios de salud.

La especialidad en Medicina Familiar No se ha aprovechado en Colombia, se ha despilfarrado este recurso.

Se da el caso de ver estos profesionales en roles diversos como Reemplazo de internistas, cumpliendo funciones administrativas y otros. Hay un Divorcio entre la formación de recursos humanos y las políticas de salud.

La Medicina Familiar provee atención integral y continua a un grupo de familias asignadas al médico.

Comprende tres tipos de actividades: promoción de la salud, prevención de la enfermedad y Atención a la persona enferma (se ocupa de las patologías más frecuentes). Se trata de una medicina integradora, que realiza un abordaje mente-cuerpo, evaluando al individuo en su contexto (la familia y la comunidad).

La Medicina Familiar, en algunos países se conoce con el nombre de Medicina General Integral, y es sinónimo de Atención Primaria Fuerte: Es la APS que demuestra alta capacidad resolutoria (capacidad para resolver por sí misma más del 90% de los problemas de salud en la población asignada), con accesibilidad, oportunidad y continuidad.

Un factor clave de éxito en el modelo de Cuba, aplicado luego en Brasil, Costa Rica y otros países, es el método de “dispensarización”, el cual consiste en la asignación de grupos poblacionales, ubicados en sectores geográficos delimitados (sectorización), a los equipos de salud conformados por médico y enfermera profesional, para cuidado preventivo, curativo y promoción de la salud (11). En Europa en 22 países la APS ha estado a cargo de especialistas en medicina familiar, con excelentes resultados, que demuestran que el efecto primario de la APS es el especialista en medicina familiar. En los países subdesarrollados, hay déficit de especialistas en esta área de la medicina, lo más adecuado es asignarle a los especialistas en medicina familiar la responsabilidad como líderes de los equipos de salud (conformados con diversos profesionales, técnicos y médicos generales).

7. Los tres componentes de la Práctica en APS:

La APS involucra tres conjuntos de servicios: Promoción de la salud, Prevención de la enfermedad, y Asistencia a la enfermedad.

Si bien las acciones de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad han adquirido importancia y visibilidad, aún existe confusión frente a la especificidad de cada una de ellas. Este análisis es necesario con el fin de aclarar sus rasgos distintivos y proponer, desde su diferencia, la articulación de las acciones en una política de salud integral.

La Promoción de la salud y la Prevención de la enfermedad son conjuntos de acciones los primeros y servicios los segundos que pertenecen

a órdenes conceptuales diferentes. Tienen diferencias en el campo de aplicación, en los objetivos que persiguen y en los métodos que aplican. Es por ello que se debe planear, organizar, dirigir y controlar por separado a la Promoción de la salud y a la Prevención de la enfermedad.

Juntarlos en una misma categoría es una aberración técnica.

Promoción de la Salud:

La promoción de la salud es el conjunto de acciones de las personas, las instituciones y las comunidades, encaminadas a mejorar el nivel de bienestar.

La salud de la población tiene unos requisitos indispensables: alimentación, agua potable, saneamiento básico, conservación del medio ambiente, educación, ingresos, vivienda, justicia, equidad, seguridad, alegría, paz, convivencia y democracia.

Debido a su complejidad y magnitud, la responsabilidad por -el bienestar- no es obligación exclusiva del sector sanitario ni del médico como tal, es necesaria la acción de diversas instituciones del Estado, de la sociedad, la familia y el propio individuo.

Los componentes de la Promoción de Salud son: la Participación, la Intersectorialidad, la Comunicación, la Educación y un Medio Ambiente Saludable. Siendo los pilares fundamentales, los dos primeros; Participación e Intersectorialidad.

- Organización y participación comunitaria.
- Intersectorialidad.
- Información, Comunicación y Educación IEC.
- Medio ambiente Saludable.

Prevención de la enfermedad:

Se considera prevención al conjunto de acciones, cuya finalidad es evitar o disminuir la ocurrencia de enfermedades específicas, Dirigidas a individuos particulares quienes tengan gran posibilidad de adquirirlas.

Alto riesgo o propensión

Riesgo es la probabilidad P de un daño determinado, es un vector resultante de factores insanos vs. protectores, de la herencia del medio ambiente y del comportamiento de las personas.

Prevención es toda acción sobre el individuo que está en riesgo para evitar que la enfermedad ocurra o si aparece, lo haga con menor severidad; así también la identificación oportuna de problemas (en etapa subclínica) cuando la intervención puede ser más efectiva y con menor costo.

Las enfermedades no se distribuyen al azar entre la población. Es posible identificar y calcular el riesgo, o sea el tipo de enfermedad lesión o daño que tiene alta probabilidad de ocurrirle a las personas como consecuencia de su Herencia, Medio Ambiente (familiar y laboral) y sus costumbres o Estilo de Vida para formularle planes de control eficaces.

Las actividades preventivas se pueden clasificar, según su naturaleza sus métodos y recursos empleados, en 6 tipos o categorías:

- Evaluación de factores de riesgo.
- Examen físico periódico con fines preventivos.
- Pruebas de laboratorio usadas como tamizaje.
- Consejería según ciclo vital individual y familiar.
- Inmunoprofilaxis o vacunas.
- Quimioprofilaxis o administración de vitaminas, y otras sustancias a personas sanas.

Estos 6 tipos de actividades preventivas como categorías son los mismos para todas las personas, cambian sus componentes según grupos de edad, sexo y condición; y por ello en Medicina Familiar se elaboran protocolos preventivos por ciclo vital.

Todas y cada una de las actividades preventivas deben diseñarse con criterios de valor predictivo. Para cada ítem. Sensibilidad, especificidad, y prevalencia del problema en el **target group: El territorio y el grupo humano** al cual va dirigido el programa.

En los servicios para pobres se peca por defecto, cuando no le llega a las personas los beneficios que la ciencia ha demostrado y el sistema de salud lo atiende en forma tardía con mayores costos y mayor sufrimiento.

En los servicios para ricos se peca por exceso, cuando se exageran las actividades preventivas, sin rigor científico, exponiendo a las personas a falsos positivos y a tratamientos consecuentes innecesarios y perjudiciales.

La evaluación de factores de riesgo: es un conjunto de preguntas sobre factores de riesgo, diseñado para cada ciclo vital con base en las primeras causas de morbilidad y mortalidad que ocurren en ese ciclo vital en el territorio y en la población específica al cual se va a aplicar.

Se usa la Escala de Likert para calificar el grado de exposición a cada factor según su intensidad y o frecuencia, entre cero y cinco. Cinco la máxima exposición al factor y Cero ninguna exposición al factor.

El examen físico periódico con fines preventivos. Consiste en una selección de maniobras semiológicas diseñado para cada ciclo vital. El tamizaje es un procedimiento que se aplica a una población para identificar cuáles personas en el momento están “sanos” y cuales personas tienen algún problema de Salud. Estas personas a las cuales se les ha identificado un daño o una lesión, posteriormente son evaluadas en profundidad para establecer el tipo y magnitud del daño y dar los correctivos apropiados.

La importancia del tamizaje médico radica en que existe un conjunto de patologías que se pueden identificar en forma temprana con lo cual se puede instaurar un tratamiento oportuno

con menores costos de intervención, resultados terapéuticos mayores como también evitar secuelas y complicaciones para el paciente. Como ejemplo de ello podemos citar la detección de una Foria o una Tropia en un niño, o la detección de HTA asintomático. El tamizaje debe ser específico para cada grupo etario según los problemas de mayor prevalencia.

El screening de laboratorio es una selección de exámenes paraclínicos diseñado para cada ciclo vital con base en las primeras causas de morbilidad y mortalidad que ocurren en ese ciclo vital en el territorio y en la población específica al cual se va a aplicar.

La inmunoprofilaxis es el conjunto de vacunas indicadas para cada ciclo vital por edad sexo y condición.

La quimioprofilaxis es el conjunto de sustancias que se administran con fines preventivos en cada ciclo vital por edad sexo y condición.

La consejería médica es el conjunto de recomendaciones, y asesoría, indicadas en cada ciclo vital por edad sexo y condición.

Atención a la persona enferma

La Enfermedad es un daño, lesión o limitación, es un padecimiento o anormalidad. El opuesto de enfermedad no es salud, es la sanidad.

La enfermedad ocurre por factores de la herencia, medio ambiente y Estilo de vida de las personas. Los cuales en últimas son causados por determinantes ecológicos, económicos, y sociales de la comunidad en que viven (los DSS), se deberían llamar Determinantes Sociales de Enfermedad.

El modelo de atención a la Persona enferma en el nivel básico ha mejorado muy poco en las tres décadas de Ley 100 en Colombia. La comunidad se queja que la atención es fragmentada, ineficaz e impersonal. Se exige una transformación del modelo; hacia un modelo centrado en la persona; con nueva forma de contratación médica y nuevos criterios de evaluación en que la responsabilidad asignada al médico no sea el mero cumplimiento de actividades sino el cuidado de grupos de personas y familias asignadas.

¿Cómo emprender el mejoramiento del servicio?

Todo servicio comprende un proceso, consiste en una secuencia de procedimientos, estos a su vez están conformados por una secuencia de actividades.

- Cada servicio es único.
- El servicio se produce en el momento en que se ofrece. Nunca tendremos la misma oportunidad de atender al cliente en las mismas condiciones.
- No podemos almacenar el servicio, se entrega dónde está el cliente.
- Si nos falta calidad al ofrecer el servicio, no podremos recogerlo ni repetirlo.

- El servicio es intangible.
- El cliente siempre espera de nosotros una atención con calidad y calidez.

El Rediseño del proceso (servicio) Inicia con la descripción de todos y cada uno de los Procedimientos al interior del producto o servicio. Los siguientes son los 6 ítems correspondientes a la descripción. Es conveniente revisarlos con el fin de garantizar su calidad. Para los servicios que ya existen, se pueden identificar oportunidades de mejoramiento o rediseño para garantizar un nivel alto de calidad en su prestación. Ellos son:

- Detalle del Procedimiento: Know-How, Detalle de la secuencia de actividades del mismo.
- Responsable: Funcionario encargado, Las Competencias que debe tener el encargado de su ejecución.
- Local: Lugar apropiado para su ejecución, detalles arquitectónicos.
- Equipos: hardware, aparatos, máquinas.
- Suministros: insumos, materiales, impresos, CD.
- Registros: Datos, Documentos de entrada y salida. Software.

Definir, en detalle, las actividades y su secuencia que componen el procedimiento de la consulta médica en atención primaria es necesaria para la normalización que significa que sean incluidos en todas las consultas o en la gran mayoría de ellas con ello se evita la dispersión la no definición permite un empobrecimiento y qué cualquier cosa sea llamada consulta médica dándose el caso de no examinar no escuchar no explicar. Es necesario para todas pero con mayor razón en atención primaria.

Cuál es la tecnología apropiada.

Cuáles son las competencias necesarias del funcionario del equipo según su procedimiento.

Cuáles son las características recomendables de los consultorios para PS.

Cuál es el sistema de información y el software apropiados para APS

Desafío: Acoger la recomendación de doctor Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre la importancia de los médicos de familia en los sistemas de salud de todo el mundo.

“la Contribución de la Medicina Familiar para mejorar los sistemas de salud.” Conferencia Mundial Wonca en Praga agosto 2013. Señaló que los médicos de familia son la piedra angular del sistema de salud. Los médicos de familia tratan el 95% de los problemas de salud, mientras que absorben el 5% de los presupuestos. La doctora Chan también hizo la presentación de la nueva Guía Wonca (La contribución de Medicina de Familia para mejorar los sistemas de salud: una guía de la Organización Mundial de Médicos de

Familia y la Organización Mundial de la Salud, 2ª edición). (17).

2. Sistema de Salud y Sistema sanitario

En aplicación de lo planteado en el marco conceptual, la responsabilidad por la salud -Bienestar- le corresponde al Estado y a los propios individuos. Así que no se limita a las instituciones del sector sanitario mortal. Se hace necesario establecer cuál es la tarea a cumplir, identificar lo que no se está haciendo y a cuál actor le corresponde.

2.1 Desarrollo Institucional para la Salud (Bienestar)

Para dar cumplimiento al primer postulado de la APS -justicia social- Erradicación de la Pobreza- Lucha por la Equidad, la tarea es: “gestión política”, no solo en el interior del propio sector salud, sino también en los otros sectores del Estado y aún más arriba, en las dimensiones internacionales que la condicionan incluyendo los tratados que la afecten. Ejemplo: TLC, BM. FMI. OMC.

Desafío: Establecer y desarrollar una institucionalidad para la participación Social y para la Intersectorialidad. Al interior del sector, entre otras, Implica reestructuración a las Secretarías de salud y el mismo Ministerio. Estas instituciones a crear no necesariamente tienen que pertenecer al sector sanitario, sus competencias deben estar por encima de él y abarcar otros sectores.

PLAN: Implementación de un Sistema de Promoción de la Salud-o- Bienestar con dirección estatal y ejecución a cargo de las alcaldías municipales.

En general, el componente de acción intersectorial de la APS, requiere estimular el diseño y la ejecución de Políticas públicas y líneas de acción efectivas para actuar sobre los determinantes sociales de la salud, en función de la equidad en condiciones de vida y oportunidades para todos. A este respecto, la Comisión de DSS, destaca tres líneas centrales de acción:

1. Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.
3. Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto. (5)

En Río de Janeiro, en el 2011, la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, en su Informe establece que se deben considerar cinco aspectos principales:

1. La gobernanza para abordar las causas fundamentales de las inequidades en salud: ejecución de medidas sobre los determinantes sociales de la salud.
2. La promoción de la participación: el liderazgo de las comunidades para actuar sobre los determinantes sociales.
3. La función del sector salud, incluidos los programas de salud pública, en la reducción de las inequidades.
4. La acción mundial sobre los determinantes sociales: el alineamiento de las prioridades y de los actores.
5. La vigilancia del progreso: medición y análisis para fundamentar las políticas y desarrollar la responsabilidad sobre los determinantes sociales. (8)

2.2 Desarrollo Institucional para la APS

- Organización de la Atención Primaria.
- Las Redes de servicios de salud, Redes de APS.
- Los Equipos de Salud, Equipos de Apoyo APS.
- Reorganización del Sistema de Salud. Los Entes Territoriales.

Organización de la Atención Primaria

La Ley 1438 establece la APS en Colombia. Cursa actualmente un Proyecto para su reglamentación el cual se queda muy corto. ¿Qué tiene de bueno el proyecto? Se conforman Equipos de salud y se les asigna Grupos - Familias ubicadas en un Territorio específico. Es un avance importante, pero se necesita también un nuevo modelo de atención, no quedarse en el mero título.

Se necesita un verdadero Rediseño de la Práctica en sus 3 conjuntos de servicios, en el qué y en el cómo: la promoción de la salud, Las actividades de prevención, La atención a la persona enferma.

Tecnología apropiada para la APS en el contexto actual

Los servicios ofrecidos deben ser universales y normalizados, no tiene presentación que se ofrezca un servicio con tecnología alta para los ricos y rudimentaria para los pobres.

Los pilares organizativos de la Atención Primaria son el Centro de Salud y el Equipo de Salud. El líder idóneo para el equipo de salud es el Médico Familiar. En la práctica, ello supone dar más trabajo, responsabilidad, presupuesto, poder, independencia y autoridad al médico general. Erradicación de la función “triagista” del médico general. Comprende Asignación a los médicos, de grupos de familias, ubicadas en un mismo sector geográfico. Su responsabilidad con ellas es tanto atención en la enfermedad como preservación de la salud.

El desafío es convertir los Centros de salud en Centros de Atención Primaria. Definido como el

que cuenta con 7 a 10 equipos Básicos y con un equipo Interdisciplinario de Apoyo a la APS.

Tecnología apropiada implica disponer de adecuadas herramientas de informática. En Cali hemos elaborado un software específico para la APS con 22 módulos organizados en 3 áreas: diagnóstico del riesgo, historia clínica digital y gestión de la salud. Es un conjunto de aplicativos para los Equipos de Salud, elaborado en tecnología “oracle” de última generación, funciona en redes locales como también en la web, en la modalidad Cloud Computing; al cual se puede acceder desde computadores fijos, portátiles, Tablets, y en general los diversos tipos de PD.

2.3 Las Redes de servicios de salud

Las redes de atención primaria deben estar separadas de las redes de atención hospitalaria”. Esto es necesario para efectos de Facilitar su dirección y control, (que puedan ser verdaderos sistemas controlables), para visibilización de sus costos y sus resultados en salud como también el impacto financiero.

Criterio 1 Territorio asignado con ubicación geográfica delimitada.

Criterio 2 Contratación con todas las EPS que tengan afiliados en ese territorio.

La organización, conformación, articulación y la coordinación de la red de APS debe surgir del acuerdo entre las Prestadoras de Servicios cumpliendo los criterios establecidos por la ley. Verificados por el ente territorial, en los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

La función de Habilitación, Vigilancia, Control de las redes estará a cargo de los entes territoriales, en cumplimiento de su función rectora del sistema.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (PS) Públicas, Privadas o mixtas, en ejercicio de su autonomía, deben poder determinar la forma de integración y la figura jurídica para asociarse y obtener eficiencia respetando la libre competencia.

Zona Básica (Zona Geográfica Básica) Es el territorio de influencia de un centro de salud (Centro de APS). Puede abarcar una comuna, o conjunto de barrios, veredas o corregimientos, ubicados en distancias cercanas entre sí.

Se calcula que un Centro de APS, en cuyo interior cobija a 7, a 10 equipos básicos, puede cubrir una Zona Geográfica con una población aproximada de 7.000 a 10.000 Familias: 30.000 a 50.000 personas.

La red de atención primaria

Criterios para construir una red de APS sólida y resolutive:

Área de Salud. Es la agrupación de varias zonas básicas. Integra 7 a 10 centros de salud. Abarca entre 250.000 y 500.000 habitantes, corresponde a un municipio de categorías cuarta quinta y sexta.

A su cargo tiene los Centros de Salud (Centros de APS), un Hospital de nivel 1 a 2, y tres Unidades de Apoyo a la Red de APS: Apoyo Administrativo, Apoyo Científico y Apoyo Diagnóstico. Cada red de atención primaria cuenta con una gerencia. Gerente, con formación en gestión o en salud pública, quien es el responsable de la coordinación de la red, así como del cumplimiento de los Indicadores de salud.

Hospital nivel 1-2 con servicios de Urgencias, Hospitalización, Partos y Cirugía.

Unidad de Apoyo Administrativo a la Red de APS: el cual contiene: Personal, suministros, mantenimiento locativo. Sistemas, Servicios Generales, aseo, vigilancia, ropería y lavandería.

Unidad de Apoyo Científico a la Red de APS: Comprende un conjunto de Especialidades,

Algunas de ellas hacen sus consultas de manera centralizada, tales como: Oftalmología, Urología, ORL, ortopedia. Y otras atienden las consultas directamente en los centros de salud (en forma rotativa): Psiquiatría, Pediatría, Cirugía, Cardiología, Neurología, Nefrología. Dermatología.

Unidad de Apoyo Diagnóstico: Comprende un conjunto de unidades de Diagnóstico tales como: Laboratorio Clínico, Radiología, Ecografía, EKG, Ecocardiografía, EEG.

2.4 Centro de Salud (Centro de Atención Primaria)

Los Equipos de Salud y el Equipo Interdisciplinario.

[http://new.paho.org/hg/dmdocuments/2010/APS-Estrategia Desarrollo Equipos APS.pdf](http://new.paho.org/hg/dmdocuments/2010/APS-Estrategia%20Desarrollo%20APS.pdf).

Los funcionarios del Centro de Atención Primaria son los equipos de cuidado, equipos de salud oral y el equipo interdisciplinario.

Equipos básicos de salud. Está conformado por un médico general, una auxiliar de enfermería (ahora se debe llamar auxiliar de salud familiar) y un Gestor de salud (un agente comunitario de salud) además de la participación informal de los líderes comunitarios.

Los equipos son definidos territorialmente. Tienen una lista de pacientes, ubicados en un área geográfica definida de la que cuidar, tiene a su cargo el cuidado de la salud de 500 a 1000 familias, aproximadamente 2000 a 4.000 personas.

Para la definición del número total de personas asignado se utilizarán criterios de equidad, y pudiendo asistir equipos con menor población en función de la vulnerabilidad del territorio de cobertura.

Todo centro de salud debe contar con uno o varios especialistas en Medicina Familiar (según su tamaño).

Un médico familiar tendrá la responsabilidad de apoyar 7 a 10 Equipos básicos. Entre sus Funciones están:

- Coordinación del equipo interdisciplinario.
- Coordinación de los equipos básicos.
- Prestar Servicios de Prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- Atender Interconsultas del médico general y otros funcionarios del centro.
- Realizar sesiones periódicas de Formación y capacitación continua a los equipos de salud.
- Es el responsable de la coordinación del centro, así como del cumplimiento de los indicadores por parte de los profesionales.

Equipo de salud oral: Estos equipos están compuestos por un odontólogo, un higienista oral y un auxiliar de odontología, realizan actividades tanto en la consulta como en escuelas y la comunidad uno por cada dos equipos básicos de salud.

Gestor de salud: (agentes **comunitario de salud**) su objetivo es realizar actividades para Integrar a la comunidad con el Centro de salud. Debe vivir en la comunidad donde trabaja y su nivel de estudios es básico. Recibe una capacitación inicial para desempeñar su trabajo y entre sus funciones se destaca la de registrar a las familias del sector que tiene asignado, orientar a las familias sobre la utilización del servicio, realizar actividades de demanda inducida y de vigilancia sanitaria, mediante visitas domiciliarias y acciones individuales y colectivas.

Equipo Interdisciplinario: Es definido en función de las necesidades epidemiológicas de cada área. El objetivo es aumentar la capacidad de resolución de la APS realizando apoyo mediante consultas locales, intención conjunta y discusiones de caso.

Está integrado por un conjunto de profesionales y técnicos: Enfermera, Psicólogo, Trabajadora social, técnico en saneamiento ambiental, Fisioterapeuta, Ejercicio Físico, Nutrición y otros profesionales según el perfil epidemiológico. Este equipo estará liderado por un Especialista en Medicina Familiar.

Tienen una farmacia con un auxiliar de farmacia.

También cuentan con áreas, con aparatos para realizar ejercicio físico, en las cuales los pacientes pueden practicar ejercicio en grupos, orientados por un educador físico. Además, en las CF hay "salas de atención a las personas mayores", donde se realizan actividades con los grupos de mayores y en algunos casos huertos de los que los pacientes son responsables.

La organización del trabajo

El equipo atiende todo tipo de población: prenatal; niños, adultos y ancianos. Atiende todos los grupos etarios. En lo que se refiere a cuidados paliativos, la red aporta los recursos necesarios y fármacos. Los médicos realizan

inserción de DIU en la propia unidad, así como pequeños procedimientos, como la retirada de uña encarnada, de lipoma, abscesos, etc.

El horario semanal es de 40 horas semanales para todos los profesionales del centro de salud.

Las unidades funcionan desde las 7:00 de la mañana hasta las 7:00 de la tarde, y los sábados de 8 a 12 horas.

Todas las unidades tienen historia clínica electrónica, donde todos los actos quedan registrados y con posibilidad de imprimir todos los documentos necesarios, se organiza una semana de trabajo estándar para los profesionales, así como los procedimientos a realizar. Así, el médico debe atender como mínimo 12 pacientes por turno (mañana y tarde), un turno de visita a domicilio a la semana, un turno para realizar un grupo con los pacientes, un turno para reunión de equipo semanal, así como turnos para formación académica continuada.

La coordinación/relación con la atención secundaria

En cuanto a la coordinación con la atención secundaria, se debe usar un sistema de regulación, en la que los médicos insertan sus peticiones de derivaciones a especialistas de nivel secundario. El Médico Familiar es el responsable de aceptar o rechazar esas peticiones antes de insertarlas en el sistema.

Sobre las IPS públicas ESE

Las IPS públicas ESE, tienen amplia experiencia en el trabajo en red. En Cali y el Valle tenemos antecedentes relevantes tales como la experiencia de los silos, hoy 4 redes de Salud, las unidades regionales (9 en el Valle), y las unidades programáticas zonales (UPZ) del ISS una en Cali y 2 en el Valle.

El plan sería Convertir los Centros de salud y las Unidades básicas de atención UBA, en Centros de Atención Primaria. Una vez habilitados, asignarles una población residente en un Territorio delimitado.

Próximo a su ubicación geográfica.

La Contratación de este Centro de Atención Primaria será con todas las EPS que tengan afiliados en su territorio asignado.

PLAN: Fortalecimiento de los centros de salud, asignarles territorio, sectorización del mismo, vinculación de medicina familiar, Conformación de los equipos básicos de salud, Conformación de los equipos interdisciplinarios de Atención Primaria, y finalmente asignarles población, listado de personas y familias, para su cuidado.

Los Equipos Básicos de Salud en el Proyecto de decreto reglamentario

Actualmente está en curso un Proyecto de decreto reglamentario, plantea la adopción de “Equipos Básicos de Salud” integrados por auxiliares y promotores de salud a cargo de las alcaldías municipales. (19)

La conformación de los Equipos Básicos de Salud se la deja a los departamentos y distritos. Son equipos desarticulados. Una aberración técnica, esto se convierte en una mayor fragmentación del sistema de salud.

Los Equipos Básicos deben ubicarse en los centros y puestos de salud, cercanos al lugar de residencia de las personas, deben ser parte de las redes de APS en una relación de dependencia directa y trabajo coordinado, para así crear vínculos con las familias y comunidad.

El decreto omite una de sus funciones más importantes, como es suministrar la información para la elaboración de una historia clínica única obligatoria, y quita la especificación de “única y obligatoria”. Ello genera fragmentación, porque cada Equipo Básico podrá tener historias clínicas diferentes, impidiendo la posibilidad de tener información adecuada, consolidada y oportuna de cómo están realmente las familias y personas en cada uno de los territorios, relacionados con la totalidad de la zona de referencia.

Su habilitación debe ser por las Direcciones Departamentales o Distritales de Salud, pero no en forma aislada (artículo 19) sino como parte de la red de APS.

El artículo 14 los asume como facilitadores funcionales del acceso a los servicios de salud, sin explicar su relación con los demás componentes organizacionales del sistema de salud y de lo que podría ser la APS.

Se entiende en el decreto que los equipos se financian con recursos propios departamentales. El decreto deja abiertas y a consideración departamental los criterios de uso y gasto. Esto es muy riesgoso desde la perspectiva de manejo político y sus intereses territoriales. Se pueden comprometer grandes recursos sin lograr muchos avances.

Financiación

Aunque no es el propósito de este ensayo un análisis financiero en detalle, es posible que haya una crítica a la propuesta de APS fuerte sobre el costo de los especialistas en Medicina Familiar. Un cálculo global del presupuesto ejecutado por las EPS se ha estimado en 20 billones al año. Adicionalmente al costo de administración, el cual puede ser justificado, las ganancias son recursos de la salud que pasan a terceros. En cálculo de las utilidades alrededor del 10% son 2 billones al año. Este es un recurso suficiente para financiar los equipos interdisciplinarios incluyendo los especialistas en Medicina Familiar que se necesitan vincular a los equipos de APS.

Debido a que durante la Ley 100 no se acogió la estrategia de la APS, No se dispone de información financiera ajustada sobre el presupuesto para la APS en Colombia, habría que determinar qué porcentaje de la UPC cubre los servicios del primer nivel: la promoción de la salud, Las actividades de prevención y la atención a la morbilidad contemplados en el POS y a esta cifra agregarle lo

correspondiente al conjunto de nuevas actividades proyectadas en cumplimiento de la Ley 1438. La experiencia en algunos países de la comunidad europea habla de un 20 a 25% del presupuesto total del sector salud destinarlo para la APS.

El pago a las redes debe ser por actividad realizada, con el compromiso por parte de las redes de APS en recurrir la cobertura universal, verificación por el ente territorial de los planes concretos para lograrlo y disposición de un sistema de incentivos. El Ente territorial debe definir unas coberturas mínimas y definir planes de contingencia correctivos y sanciones en caso de no cumplimiento. Esta forma de contratación constituye un sistema de **doblo feed-back** con reforzamientos positivo y negativo para lograr cobertura lo más cercana posible al universo de la población asignada en las actividades, que se definan, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

2.5 Reorganización de las secretarías departamentales y municipales de salud

Toda estrategia Requiere de “Estructura” y Desarrollo institucional que permita su ejecución. En el caso colombiano, se necesita Armonización de las leyes correspondientes, ley 210 de 2014, ley 1438 de 2011 y ley 715 de 2001. Replanteamiento del rol del Ministerio, Supersalud, secretarías departamentales y municipales de salud.

Al revisar las competencias establecidas por la Ley 715 en paralelo con las nuevas responsabilidades Indicadas por la 1438 se puede observar la existencia de grandes vacíos y de algunas duplicidades en los roles de las secretarías departamentales y municipales de salud.

PLAN: Especializar las Direcciones Seccionales de Salud en 2 campos: Dirección de la Salud Pública y Función de vigilancia y control al sistema de aseguramiento.

Implementar un Sistema de salud pública; con dirección estatal y ejecución a cargo de las secretarías de salud municipales (para las capitales) y las categorías: especial, primera, segunda y tercera. Las Secretarías de salud departamentales se encargarían de dirigir los municipios categorías cuarta quinta y sexta. La principal responsabilidad en ambos entes territoriales es la ejecución, supervisión y control del Plan Decenal de Salud Pública.

Un conjunto de roles a fortalecer es la función rectora del sistema y la autoridad sanitaria. Asumir la Rectoría del sistema. Implica el diseño e implementación de un verdadero sistema de vigilancia y control dotado de suficientes **herramientas de sanción** para los casos de incumplimiento, que cobije a todas y cada una de las instituciones del sistema. Control a los resultados en salud, a la prestación de servicios y Control al flujo de los recursos financieros (con criterios de Equidad, Efectividad, Calidad y Participación social).

Adecuada interventoría en Salud a nivel territorial con personal competente, tal como los verificadores de las condiciones del Sistema

Único de Habilitación. Estableciendo minutas generales de la contratación, y términos de la interventoría. Asimismo, que la interventoría no se haga retrospectiva, sino que sea concurrente para generar mayor valor; haciendo constar en el acta de inicio la firma del interventor nominado y de los veedores de la comunidad, para de paso fortalecer la participación social en salud.

Modificar lo establecido por la Ley 715 sobre competencias de las entidades territoriales, reorganizando sus dos áreas misionales.

Salud Pública, con las siguientes dependencias:

- Dirección de la Salud Pública.
- Gestión de Políticas Públicas.
- Gestión de la Organización y Participación Comunitaria.
- Servicios al Medio Ambiente.
- Prevención y Atención a Emergencias y Desastres.

Inspección vigilancia y control, con siguientes dependencias:

- Inspección, Vigilancia y Control a: EPS, IPS, Redes.
- Garantía de la calidad en la prestación de servicios.
- Evaluación de resultados en salud e impacto y
- Control de los recursos financieros.

3. Formación de Recurso Humano, calificado para la APS

Se requiere de “un médico cuyo expertismo sea el manejo de los problemas más frecuentes en la comunidad. Un agente participe del cuidado de la salud, quien ve a la Comunidad no como beneficiarios pasivos sino como gestores y actores de su propio desarrollo. Las Competencias de este médico lo habilitan para sus actividades, con el Individuo, la Familia y la Comunidad.

COMPETENCIAS EN RELACIÓN AL INDIVIDUO

- Atención clínica eficaz: Manejo Biológico, Psicológico y Social a los problemas clínicos más frecuentes. Enf. agudas, crónicas, urgencias, consulta domiciliaria.
- Preparación para la Continuidad relación médico-paciente a largo plazo.
- Coordinación de cuidados cuando es necesaria la atención hospitalaria.
- Aplicación de los Procedimientos preventivos indicados por ciclo vital: Evaluación de factores de riesgo. Examen físico periódico con fines preventivos. Pruebas de laboratorio usadas como tamizaje. Consejería según ciclo vital individual y familiar. Inmunoprofilaxis o vacunas. Quimio-profilaxis o administración de vitaminas, y otras sustancias a personas sanas.

COMPETENCIAS EN RELACIÓN A LA FAMILIA

- Conocer la estructura familiar e identificar las crisis de desarrollo por las que atraviesa la familia a lo largo de su ciclo vital y brindar asesoramiento familiar anticipatorio.
- Detectar los problemas psicosociales.
- Identificar la necesidad de Modificar el sistema familiar y Remisión a terapia familiar cuando esté indicado.
- La familia puede ser generadora de enfermedad y perpetuadora de síntomas, hábitos de vida inadecuados y conductas de salud erróneas.
- La familia es un recurso fundamental en la salud de sus componentes como también en el cuidado y la resolución de problemas.

COMPETENCIAS EN RELACIÓN A LA COMUNIDAD

- Hacer Identificación de Problemas de salud de la comunidad y sus recursos sanitarios disponibles.
- Recursos comunitarios utilizables en el proceso terapéutico: voluntariado y de grupos de autoayuda. Hacer identificación de los grupos en riesgo en su comunidad asignada.
- Desarrollar un plan de seguimiento y Control a los grupos en riesgo identificados en su comunidad asignada.
 - Desarrollar programas comunitarios con participación de la comunidad.
 - Realizar intervenciones de educación para la salud, grupales con metodologías participativas. Participar en una adecuada coordinación intersectorial, especialmente con el sector de Servicios sociales.
 - Colaborar en actividades de participación de la comunidad en el cuidado y promoción de la salud.

Ajustes al currículo médico

Relaciono un Conjunto de decisiones necesarias para lograr un Roll del médico general en el sistema y superar el círculo vicioso actual entre un rol "triagista" y su baja capacidad resolutoria.

¿Cuáles serían los cambios curriculares que tendríamos que empezar a introducir en nuestras Facultades?

La reunión de la OPS/OMS Belo Horizonte de julio del 2008, realizada especialmente para la discusión de este tema aportó lo siguiente:

Gestionar Políticas de Estado para asumir a los profesionales formados en APS.

Gestionar Políticas para Corregir La Baja calidad en prestadores de primer nivel de atención.

Gestionar Políticas para Mejorar La Imagen negativa de la medicina general en la población.

Construir una nueva visión curricular orientada hacia la APS "fuerte".

Rediseño de la práctica. Selección de espacios de práctica y establecimiento de los acuerdos necesarios con servicios de salud para la implementación de modelos de APS "fuerte". Selección de docentes en el campo de la APS que sirvan de modelo a los estudiantes. Con competencias tanto en la Filosofía de la APS como en la Práctica de la APS. APS "fuerte".

Perfeccionamiento docente que conlleve al desarrollo de las competencias correspondientes a la práctica de la APS. APS "fuerte".

Establecer nuevos métodos de selección de estudiantes que evalúen los aspectos humanísticos.

Garantizar el ingreso de estudiantes con vocación de servicio.

Exposición a prácticas de APS desde temprano en la formación.

De manera importante también se hace necesario trabajar en las siguientes:

Formar un **Médico polivalente**, capaz de tomar decisiones rápidamente, en situaciones de Gran certidumbre.

Aplicar una **Medicina basada en lo que hay**: Constantemente vemos a médicos quejarse, no tienen la capacidad de ver los recursos que las familias y las comunidades tienen.

Estudio de alternativas de manejo a la "Deriva cognitiva" distracción por el computador. La máquina ha llegado a tener tal preponderancia en la consulta que en algunos casos "El paciente es el ruido en la relación médico-computadora".

Estudiar y dar manejo adecuado a los diferentes tipos de pacientes y a los diferentes tipos de consultas.

Dar manejo adecuado a las "**consultas sagradas**" (de alto contenido emocional) son el 8% del total. En todo ello cabe investigación y formación, campos abiertos para mejorar la atención.

Atención adecuada al paciente que va a morir. Ver la muerte como fracaso de la Medicina puede propiciar una autorización para intervención excesiva y a veces inhumana.

Enseñar a Aplicar un **manejo biosicosocial**; El capítulo Z de la CIE problemas sociales no lo usan los médicos. Y el capítulo P problemas psicológicos lo usan muy poco. Incluye el uso de La personalidad el MD como recurso terapéutico. Dar mayor preponderancia al Juicio clínico, uso racional del laboratorio. Involucrar el Manejo no farmacológico y Terapias complementarias, uso racional de los fármacos.

Entre un 7 y un 20% de los pacientes registran exceso de uso de los servicios. Se considera que una gran parte de la demanda no la generan los pacientes, sino que la generan los propios médicos.

Mientras a una proporción de la población no le llegan las actividades preventivas, otra puede estar corriendo riesgo ocasionado por indicación de pruebas innecesarias. La medicina sin límites es lo contrario a la equidad provee servicios a quienes no los necesitan y niegan servicios a quienes sí los necesitan.

1. El buen médico hace diagnósticos oportunos y certeros.
2. Emplea acertadamente los recursos disponibles.
3. Toma buenas decisiones en situaciones reales de limitación de recursos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Constitución de la OMS, 1948 (Definición/Concepto de Salud).
- 2 Declaración de Alma Ata, Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud, septiembre 1978. OMS, 1978.
- 3 Halfdan Mahler, video de la presentación del doctor Halfdan Mahler, director Emérito de la Organización Mundial de la Salud, filmado durante la Cumbre Internacional de Salud para el Desarrollo: Derechos, Hechos y Realidades, “Buenos Aires 30/15: De Alma Ata a la Declaración del Milenio” en agosto de 2007.
- 4 Informe de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud Río de Janeiro, octubre de 2011.
- 5 Estrategias y metodologías para promover la participación social en la definición e implantación de políticas públicas de combate a las inequidades en salud. Bernardo Kliksberg. Disponible en: [Http://Redgobiernoabierto.Org/Wp-Content/Uploads/2012/12/Kliksberg-Estrategias-Y-Metodolog%C3%ADas.Pdf](http://Redgobiernoabierto.Org/Wp-Content/Uploads/2012/12/Kliksberg-Estrategias-Y-Metodolog%C3%ADas.Pdf).
- 6 Manfred Max Neef.libro desarrollo a escala humana. Disponible en: http://www.max-neef.cl/descargas/Max_Neef-Desarrollo_a_escal_a_humana.pdf
- 7 Martin Seligman. Libro la auténtica felicidad. Disponible en: <http://www.libro-s.com/la-autentica-felicidad-martin-seligman/>
- 8 Relatoría final de Sociedad Civil sobre Consulta Regional de Determinantes Sociales de la Salud, San José de Costa Rica, agosto de 2011
- 9 Epistemología y Medicina Compleja Miguel Ángel Briceño Gil, MEDICRIT Revista de Medicina Interna y Medicina Crítica Medicrit 2005; 2(6): 95-103 http://www.medicrit.com/Revista/v2n6_05/V2N6_95.pdf
- 10 OPS/OMS. La Renovación de la APS en las Américas, documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Washington, DC, 2007, pág. 1-
- 11 GILPIN M, Update: Cuba: On the Road to a Family Medicine Nation. *Journal of Public Health Policy*, 1991, Vol. 12, No. 1, p. 83-103
- 12 STARFIELD B, 1992. Primary Care. Concept, evaluation, and Policy. New York: Oxford University Press.
- 13 STARFIELD B, 2001. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. 1ª edición, Masson, Barcelona.
- 14 ORTÚN V, GÉRVAS J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)*.1996; 106:97-102. Disponible en <http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/paper11.pdf>
- 15 GÉRVAS J. atencion-primaria-de-salud-en-europa-tendencias-a-principios-dei-slglo-xxi <http://equipocesca.org/atencion-primaria-de-salud-en-europa-tendencias-a-principios-del-siglo-xxi/>
16. Gale Stephens Family Medicine Vol. 21, No. 2 103 Family Medicine as Counter-culture.
- 17 Margaret Chan. La creciente importancia de la medicina familiar, doctora Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud. Discurso de apertura en el Congreso Mundial de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) - 2013 Praga, República Checa 26 de junio 2013- Disponible en: http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/miscellaneous/Dr_Chana%20espanol.pdf
- 18 Ley 1438 del 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”.
- 19 Proyecto de Resolución Atención Primaria en Salud APS .Anexo Técnico - Piloto
- 20 OPS/OMS. Redes Integradas de servicios de salud. Serie Atención Primaria de la Salud. 2008. Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de APS-RISS Convenio 485 MPS y OPS/OMS. Línea de gestión integral en salud pública. Bogotá, 2012

- 21 BORRELL FRANCESC, La atención primaria española en los albores del siglo XXI, gestión clínica y sanitaria, volumen 10, número 1, 2008.
- 22 El PAPPs y el Grupo Español sobre Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Martín Zurro, A. Publicado en At Primaria. 2007; 39 (Supl 3):1-2

**COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE
SENADO DE LA REPÚBLICA**

Bogotá, D. C., 27 de octubre 2017

En la presente fecha se autoriza la publicación en *Gaceta del Congreso* de la República, las siguientes Consideraciones.

Concepto: implementación de la atención primaria en Salud, con el enfoque de medicina familiar en Colombia (APS).

Refrendado por: doctor Marco Tulio Salazar R., docente de la Universidad Libre, Seccional-Cali, Valle al Proyecto de ley número 72 de 2017 Senado.

Título del proyecto: *por medio del cual se redefine el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.*

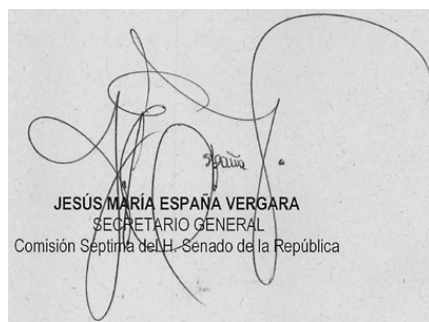
Número de Folios: once (11) folios.

Recibido en la secretaría de la Comisión Séptima del Senado el día: diecinueve (19) de octubre de 2017.

Hora: 10:15 a .m.

Lo anterior en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
SECRETARIO GENERAL
Comisión Séptima del H. Senado de la República

* * *

**CONCEPTO JURÍDICO DE LA SECRETARÍA
DE SALUD Y DEL HOSPITAL PILOTO
JAMUNDÍ ESE SOBRE EL PROYECTO
DE LEY NÚMERO 72 DE 2017 SENADO**

*por medio de la cual se redefine el Sistema
General de Seguridad Social en Salud
y se dictan otras disposiciones.*

Ante: Comisión Séptima honorable Senado de la República, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz.

Por: Pedro Rafael Vizcaíno Lascano, Secretario de Salud Municipal

Ligia Elvira Viafara Torres, gerente Hospital Piloto Jamundí ESE

Audiencia Pública

Universidad Libre Cali

Octubre 19 de 2017

Jamundí, octubre 19 de 2017

Honorable Senador

ÉDINSON DELGADO RUIZ

Honorables Senadores

Comisión Séptima Senado de la República

Asunto: Pronunciamiento de la Secretaría de Salud y del Hospital Piloto Jamundí ESE sobre el Proyecto de ley número 72, *por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.*

Atento saludo,

Luego de estudiar los 57 artículos distribuidos en 8 capítulos que contiene el Proyecto de ley número 72 propuesto por ustedes para realizar pronunciamiento sobre sus alcances y contenidos en Audiencia Pública del 19 de octubre en la ciudad de Cali, nos permitimos manifestarnos de manera respetuosa, en los siguientes términos:

1. Quizá el mayor deseo del común de los colombianos es el de la desaparición de las Empresas Promotoras de Salud. Estas entidades se han hecho acreedoras al odio de millones de compatriotas por ser responsables de la muerte (o paseo de la muerte, como se conoce) de muchos de sus afiliados y del progresivo deterioro en la salud y calidad de vida de muchos otros, dado su desmedido y probado afán de lucro. Para contento de todos, la reforma ordena la liquidación y consecuente desaparición de estas entidades. Para desdicha de los mismos, los reemplaza por los Gestores de Servicios de Salud (que podrían llamarse GES) que tienen las mismas funciones y competencias que aquellas que acaba de liquidar, pero con mayor riesgo sobre el SGSS, pues adquieren más poder dominante sobre la red prestadora. El anhelo de los colombianos no es la sustitución de unos intermediarios (las EPS) por otros (los nuevos GES) más o menos poderosos. No. Es su desaparición; con todo y la intermediación que los involucra en el sistema. Esta es la nuez del problema.

Cambiarles de nombre no reforma nada.

2. Entendiendo que una reforma al Sistema General de Seguridad Social que satisfaga el numeral anterior, difícilmente prosperará en tiempos de campaña electoral. No es indispensable cambiarles el nombre a las

EPS. Basta con algunos ajustes en el sistema, un mejor y más eficiente control y el cumplimiento de la normatividad vigente. Veamos algo de lo anterior:

- 2.1 Ajustes en el sistema. El Decreto 1982 de mayo de 2010 retiró de los entes territoriales la competencia de la afiliación al régimen subsidiado y la trasladó a las EPS.

Ante la doble (y poco compatible) competencia de afiliar y cobrar por afiliado una Unidad de Pago por Capitación, más temprano que tarde empezaron a aparecer personas duplicadas y multifiliadas, afiliaciones a personas fallecidas; maestros, policías y pensionados engrosaron las bases de datos del régimen subsidiado: Llegó a haber 51 millones de personas en BDUA cuando Colombia solo tenía 48 millones de habitantes. Debíó intervenir la Corte Constitucional que ordenó a la Contraloría investigar el asunto. Como consecuencia se promulgó el Decreto 2199 de 2013 que ordenó la realización de auditorías a las bases de datos, de las cuales resultaron varios cientos de miles de personas retiradas del sistema de manera retroactiva. El Ministerio obligó a Restituir el dinero mal habido.

Dicha RESTITUCIÓN se trasladó directamente al prestador. El corolario final fue que los hospitales públicos terminaron pagando la estafa cometida por las EPS. Y nadie ha dado explicaciones ante la justicia. No se ve en el Proyecto de ley número 72, una solución a este gravísimo asunto.

- 2.2 Mejor y más eficiente control. Solo una entidad tiene dientes para sancionar: la Supersalud. Los entes territoriales solo pueden llegar hasta la queja, mismo lugar a donde puede llegar cualquier usuario. Departamentos y municipios ven cómo las quejas presentadas ante la entidad no surten sus efectos. No podrán hacerlo. Son miles de millones de quejas que la Súper no puede atender por simple falta de capacidad. Las EPS lo saben. Y por lo mismo, no les interesa el resultado de lo que pueda pasar con los eternos procesos que se abren en la Supersalud. La Procuraduría acaba de ordenar la apertura de un proceso contra el Superintendente que autorizó la entrada en operación de Medimás EPS, sin tener red prestadora contratada, asunto que está claramente reglamentado en la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007 y el Decreto 4747 de 2007. El proyecto de Ley 72 no aporta nada nuevo, excepto por la cláusula que adiciona un nuevo numeral al artículo 178 de la Ley 136 de 1994, que trata sobre las funciones de los personeros. Pero nuevamente, el personero solo podrá “conminar”, o dar traslado de la queja a la Supersalud. Lo de “resolver” la queja

se ve difícil. No creemos que los personeros puedan resolver una queja por falta de atención o no entrega de medicamentos.

- 2.3 Cumplimiento de la normatividad vigente.

Algunas EPS imponen a la red prestadora cláusulas contractuales que riñen con el ordenamiento legal vigente: Establecer (y obligar en los “acuerdos de voluntades”) a que las Empresas Sociales del Estado acepten que “*En todo caso, la base de datos para la prestación de los servicios y para su respectivo pago, será la que entregue la EPS a la ESE...*”, cláusula que abre la puerta a la existencia de irregularidades, puesto que la EPS recibe del Ministerio los recursos establecidos en la Liquidación Mensual de Afiliados, según ordena el decreto 971 de 2011. Esta cláusula permite que la EPS cobre con una base de datos y pague con otra (habitualmente, con menor número de afiliados) enriqueciéndose de manera ilícita con los recursos de la salud de los colombianos. No se ve por dónde, el proyecto de ley resuelve esta situación que afecta a las ESE y a los recursos del SGSS. Como tampoco interviene de manera clara el negocio de las glosas. Miles de millones de pesos por año pagan las EPS a firmas de auditoría especializadas en buscar inconsistencias (mayores, menores e insignificantes) para glosar a la ESE la facturación por los servicios de salud reales prestados a los afiliados, o por el incumplimiento de metas en servicios de promoción y prevención, que son inalcanzables, pero impuestas por las EPS en los acuerdos de voluntades. Aunque la no vigente obliga a reintegrarlos al sistema, no hay control alguno sobre el tema. Y el negocio es tan bueno que vale la pena pagar la auditoría, de suyo, altamente costosa. El Proyecto de ley número 72 incluye una nueva unidad de negocios: El pago por desempeño generará una nueva causa de glosa a los prestadores, en favor de los Gestores. No prevé control sobre el problema de las glosas. No se vislumbra cómo se va a devolver el recurso y, por el contrario, fortalece en los nuevos Gestores su función de control sobre el pago y por lo tanto, una nueva oportunidad de negocios.

- 3 La red pública de prestación de servicios de salud está condenada a desaparecer. Las Empresas Sociales del Estado dependen mayoritariamente de los ingresos proporcionados por los usuarios del régimen subsidiado. Los del contributivo acuden a su

red prestadora privada. La movilidad entre regímenes establecida en el decreto 3047 de 2013 ha afectado de manera importante a las ESE, pues los usuarios captados por el régimen contributivo y atendidos en la red privada jamás retornan a la red pública. La pérdida de usuarios para esta última es dramática: en solo dos años, el Hospital Piloto Jamundí ESE perdió 4.236 usuarios. A este ritmo, en 2019 habrá perdido 8 mil usuarios más, y en 2020, será financieramente inviable. El Proyecto de ley número 72 agrava esta situación, pues no pone topes al número de usuarios que pueden acoger las EPS en los diferentes regímenes, lo cual abre a las ESE a la brutal competencia con entidades privadas, apalancadas en la integración vertical (que solo se limita al 40% en el régimen subsidiado) apoyada por poderosos gremios del sector privado. Adicionalmente, declara en el artículo 28 lo que todos sabemos:

La salud dejó de ser un servicio y se convirtió en negocio: *“Los regímenes subsidiado y contributivo serán Unidades de Negocio Diferentes”*. Colombia entera no tendrá hospitales públicos en 10 años.

Respetado Senador Delgado Ruiz: Colombia necesita una reforma al sistema de salud. Pero no precisamente la que usted está proponiendo. La mayoría de su articulado se encuentra ya inmerso en el ordenamiento legal vigente. Solo le pone nombres nuevos a las EPS, para que sigan haciendo lo mismo... y, hasta más...

Modifique este proyecto y evite pasar a la historia como el Senador que enterró a los hospitales públicos de Colombia.

De usted, muy atentamente,

hospitales públicos de Colombia

De usted, muy atentamente,

PEDRO RAFAEL VIZCAINO LASCANO
Secretario de Salud Municipal

LIGIA ELVIRA VIAFARA TORRES
Gerente Hospital Piloto Jamundí ESE

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE
SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., 27 de octubre de 2017

En la presente fecha se autoriza la **publicación en Gaceta del Congreso de la República**, las siguientes Consideraciones.

Concepto: Secretaría de Salud, Hospital Piloto Jamundí (ESE).

Refrendado por: doctores Pedro Rafael Vizcaino Lascano, Secretario de Salud Municipal y Ligia Elvira Viafara Torres, gerente Hospital Piloto Jamundí (ESE), Valle.

Al proyecto de ley número 72 de 2017 Senado.

Título del proyecto: *por medio del cual se redefine el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.*

Número de folios: cinco (5) folios.

Recibido en la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado el día: diecinueve (19) de octubre de 2017.

Hora: 10:15 a. m.

Lo anterior en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,

JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
SECRETARIO GENERAL
Comisión Séptima del H. Senado de la República

CONTENIDO

Gaceta número 1004 - Miércoles, 1º de noviembre de 2017

SENADO DE LA REPÚBLICA		
INFORME DE CONCILIACIÓN		Págs.
Informe de conciliación y texto conciliado al Proyecto de ley número 266 de 2017 Senado, 141 de 2016 Cámara, por medio de la cual se otorga la categoría de distrito portuario, logístico, industrial, turístico y comercial a Turbo, Antioquia.	1	
PONENCIAS		
Informe de ponencia para segundo debate y texto propuesto al Proyecto de ley número 98 de 2016 Senado, por medio de la cual se crea el subsidio de gastos de transporte, alojamiento y manutención para el paciente del sistema de salud y un acompañante y se establecen criterios para garantizar su cumplimiento.....	2	
CONCEPTOS JURÍDICOS		
Concepto jurídico de la andi al Proyecto de ley número 07 de 2017 Senado, por medio de la cual se adopta un modelo de perfil de nutrientes para productos alimenticios procesados y ultraprocesados y se dictan otras disposiciones - Ley para el consumo informado del azúcar, la sal y las grasas.	13	
Concepto jurídico de APS y medicina familiar al Proyecto de ley número 72 de 2017 Senado, por medio del cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.	15	
Concepto jurídico de la Secretaría de Salud y del Hospital Piloto Jamundí ese sobre el Proyecto de ley número 72 de 2017 Senado, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.	30	