

Junio de 2024

**Mensaje del Director.****Reflexiones sobre la crisis del Sistema de Salud Colombiano**

El sistema de salud colombiano ha experimentado diversas crisis en las últimas décadas que afectan la eficiencia y la equidad del sistema de salud.

La gobernanza del sistema de salud en Colombia enfrenta varios desafíos: Corrupción y Mala Gestión con desvíos de fondos y mala administración que afectan la calidad y disponibilidad de los servicios de salud. Falta de Coordinación entre las diferentes entidades del sistema de salud, como el Ministerio de Salud, las EPS y las IPS, resulta en una administración ineficaz y fragmentada. Regulación Ineficiente de las entidades reguladoras.

El financiamiento es uno de los mayores problemas del sistema de salud colombiano: Insuficiencia de Recursos para cubrir las necesidades crecientes de la población, lo que se traduce en servicios inadecuados y falta de insumos médicos. Modelo de Aseguramiento basado en aseguradoras que ha demostrado ser insostenible en algunos casos, con EPS que enfrentan problemas financieros graves y, en ocasiones, quiebras. Inequidad en la Distribución de Recursos entre regiones, lo que afecta especialmente a las áreas rurales y más pobres del país.

La prestación de servicios de salud también enfrenta numerosos desafíos: La calidad de los servicios de salud varía ampliamente entre diferentes regiones y tipos de instituciones. Muchas personas todavía enfrentan barreras significativas para acceder a servicios de salud, especialmente en zonas rurales y apartadas. El personal de salud a menudo enfrenta jornadas laborales extensas y condiciones de trabajo difíciles.

La articulación entre diferentes niveles y actores del sistema de salud es deficiente: La separación entre los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria a menudo no está bien coordinada, lo que resulta en duplicación de esfuerzos y pérdida de eficiencia. La falta de interoperabilidad entre los sistemas de información de diferentes entidades de salud impide el intercambio eficaz de datos y la toma de decisiones informada. La colaboración entre el sector público y el privado limitada y conflictiva afecta la prestación de servicios integrados.

La generación y gestión de recursos humanos y materiales también enfrenta problemas: Hay una falta de profesionales de salud en varias especialidades y regiones, lo que afecta la capacidad de respuesta del sistema de salud. La formación y capacitación de los profesionales de salud a menudo no se alinean con las necesidades del sistema, lo que resulta en brechas de competencias. Muchas instituciones de salud carecen de la infraestructura necesaria para brindar servicios adecuados, desde instalaciones físicas hasta equipamiento médico.

La salud pública es otro ámbito crítico que enfrenta desafíos: El control de enfermedades transmisibles como el dengue, la malaria y el VIH sigue siendo un desafío significativo, especialmente en áreas rurales. El aumento de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión requiere una estrategia de salud pública integral y sostenible. La capacidad del sistema de salud para responder a emergencias sanitarias, como la pandemia de COVID-19, ha revelado importantes debilidades en la infraestructura y la planificación.

El sistema de salud colombiano enfrenta múltiples crisis interrelacionadas cuyo abordaje requiere de una reforma integral que incluya mejoras en la gobernanza, financiamiento, prestación de servicios, articulación, generación de recursos y la salud pública. Solo a través de un enfoque coordinado y sostenible se podrán superar estas crisis y construir un sistema de salud más equitativo y eficiente para todos los colombianos

**En este número**

- 1 Mensaje del Director
- 2 Noticias de la Universidad
- 3 Noticias del programa
- 4 Noticias del sector salud

**Comité editorial:**

- Gladys Yolanda Lizarazo. Vicerrectora de Posgrados
- Carlos Paredes Gómez. Director.
- Luz Amanda Bueno Balaguer. Coordinadora Académica

**Periodicidad**

- Cuatrimestral



**BIENVENIDA  
COHORTE XVII**

## NOTICIAS DE LA UNIVERSIDAD



### JUNTO A LA MISIÓN DE LAUGHH FOUNDATION, LA UDES LLEVA SALUD Y ESPERANZA A VEREDAS DE SANTANDER

El programa de **Fisioterapia** de la Universidad de Santander (UES) participa desde 2014 en la misión de Laughh Foundation, una organización sin ánimo de lucro compuesta por voluntarios y profesionales de Colombia y Estados Unidos. Esta fundación trabaja colaborativamente para mejorar la calidad de vida y generar un impacto positivo en las comunidades.

Este año, la misión se llevó a cabo del 22 al 28 de junio en Puente Nacional (Santander), beneficiando a poblaciones aledañas en la provincia de Vélez, incluyendo veredas de los municipios de Florián, La Belleza, Sucre, La Paz, Guavatá, Güepsa, Albania y Jesús María.

Los servicios ofrecidos incluyeron triage, medicina general, medicina interna, pediatría, clínica de heridas, ginecología, laboratorio, higiene oral, educación nutricional y sexual, farmacia, entrega de gafas y fisioterapia. Además, se contó con la participación de la Fundación Senosama, que realizó valoraciones y prevención de cáncer de mama.

El programa de Fisioterapia estuvo representado por la profesora Diana Marcela Niño Pinzón y los estudiantes Gabriel Doctor y Nathalia Aceros, de décimo semestre. El servicio de Fisioterapia atendió a aproximadamente 200 personas y donó ayudas adaptativas como 26 sillas de ruedas, 25 caminadores, bastones y diversos tipos de soportes ortopédicos.

Esta participación demuestra el compromiso de la UDES con la extensión universitaria y su apoyo al desarrollo regional en diversos entornos.



### CURSO EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA EN ENERGÍAS ALTERNATIVAS

Dirigido a: profesionales, ingenieros en áreas de conocimiento afines al desarrollo de proyectos en energías renovables con aplicación de alta tecnología, estudiantes de pregrado en ingeniería interesados en incursionar en el tema, empresarios del sector energético en generación, distribución, consumo y manejo eficiente de fuentes no convencionales de energía renovable.

Las fuentes no convencionales de energías alternativas se han convertido en una necesidad marcada para su implementación inmediata en lugares no interconectados a líneas de suministro energético, además para la mitigación del impacto ambiental y el crecimiento sostenible de la industria y comunidades que gestionen su producción independiente de energía, democratizando este insumo necesario para el desarrollo y trabajo diario. El desarrollo de la tecnología y en general de las ciencias de la computación, ha llevado a que los estudios de tendencia, predicción, modelamiento matemático, entre otros, puedan acelerar los procesos propios con ayuda de la inteligencia artificial, que permiten contribuir de manera específica al desarrollo de las energías alternativas desde diversos aspectos, cómo son los estudios de potencial sostenible, el análisis de datos históricos meteorológicos versus diferentes tecnologías para su aprovechamiento, de igual manera la aplicación de modelamiento matemático para balances energéticos o para la implementación de tecnología bajo condiciones específicas, así como el manejo de redes y microrredes, junto con el desarrollo y prospección de mercados de energía. Todos los anteriores tópicos son aplicados en estudios de caso que se desarrollan de la mano de tecnología de punta y con la ayuda de un software asequible (Python), lo que permite aplicar la inteligencia artificial en proceso de aprovechamiento y generación de energía limpia para un futuro sostenible.

Los objetivos del curso son los de aplicar conceptos de IA, para el aprovechamiento de fuentes no convencionales de energías renovables, el utilizar conceptos aplicados de machine learning y Deep learning para escenarios de generación de energías renovables e integrar herramientas de IA en un proyecto integrador para la generación de energías alternativas.

Los Resultados de aprendizaje Al finalizar el curso estarán en capacidad de: Aplicar conceptos fundamentales de IA, para el aprovechamiento de fuentes de energía no convencionales de manera sostenible y de integrar la IA en el desarrollo de escenarios de demanda y oferta de energía, obteniendo la solución más viable según los proyectos planteados.

## NOTICIAS DEL PROGRAMA.



DE INTERES GENERAL

### MOVILIDAD ESTUDIANTIL Y DOCENTE A CIUDAD DE PANAMÁ

El pasado mes de febrero se llevo a cabo la movilidad internacional de 13 estudiantes bajo la tutorial de la profesora LUZ AMANDA BUENO BALAGUER a la ciudad de Panamá durante los días 21 al 24, con el objeto de dar al pasante la oportunidad de obtener conocimientos en la gestión de los servicios de salud, mediante clases soportadas por plataformas tecnológicas sincrónicas desde un escenario internacional, e integrar los conocimientos teóricos con la práctica en un aprendizaje realizado a través de una capacitación inducida con base en la observación y narración de una serie de visitas técnicas, sobre experiencia práctica de la gestión hospitalaria en unidades acreditadas internacionalmente.

#### COMPONENTE ACADÉMICO.

Conferencia sobre **“Evaluación del desempeño de los sistemas de salud”** a cargo del profesor CARLOS PAREDES GOMEZ Conferencia magistral por Presidenta del Comité de Ética en investigación de La Universidad Santander Panamá. NOHEMY BERTORELLI y participación de NYDIA FLORES CHIARI. Caja Del Seguro Social Jefa Sección de Investigación y Bioética

#### COMPONENTE VISITAS TÉCNICAS.

Visita técnica al Ministerio de Salud de Panamá. Conferencia magistral a cargo de FELIX CORREA DIAZ. Director De Planificación Ministerio De Salud Panamá.

Visita técnica a la **Ciudad de la Salud (Caja Del Seguro Social De Panamá)** y se realice un conversatorio sobre su arquitectura hospitalaria, y los impactos esperados en términos de resultados finales para el sector salud y para la sociedad panameña. NYDIA FLORES CHIARI. Jefa Sección De Investigación y Bioética

Visita técnica a una de las unidades hospitalarias acreditadas internacionalmente **Clínica Hospital San Fernando**. Conferencia magistral a cargo del director de Calidad de la Institución con acompañamiento de los profesionales de calidad.

Visita técnica a la sede **ONU SIDA** de Panamá. Conferencia magistral a cargo de FRANCISCO JAVIER ARELLANO ONU SIDA. Panamá y el Dr. LUIS ÁNGEL MORENO

Visita técnica a Oficina Sanitaria Panamericana. Conferencia magistral a cargo del Dr. ISAIAS MONTILLA MORENO. OMS/OPS. Panamá

### APERTURA COHORTE 17.

En el mes de febrero se dio inicio a la cohorte 17 del programa académico

## NOTICIAS DEL SECTOR SALUD



### SUPERSALUD ORDENÓ LA INTERVENCIÓN FORZOSA PARA ADMINISTRAR LA ESE HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO

#### Tomado de Consultorsalud

El miércoles 3 de julio de 2024, la Superintendencia Nacional de Salud\_ efectuó la intervención forzosa administrativa para administrar la ESE Hospital Regional del Magdalena **Medio**, ubicado en Barrancabermeja (Santander) y ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes haberes y negocios por un año a partir del 2 de julio de 2024.

Esta medida se dio luego de evidenciar una crítica situación de índole administrativa, financiera, asistencial y jurídica que afecta la estabilidad de la entidad y pone en riesgo la prestación de los servicios de salud y la atención a los usuarios. El superintendente nacional de salud, Luis Carlos Leal Angarita, señaló que *“la actual medida es preventiva y se toma con el fin de fortalecer al Hospital Regional del Magdalena Medio, en busca de garantizar y proteger el derecho a la salud que tienen todos los ciudadanos de recibir una atención digna”*.

Según las funciones de inspección, vigilancia y control de la entidad, se evidenció en el hospital una serie de incumplimientos reiterativos de las normas que rigen el aseguramiento y la prestación de servicios en diferentes aspectos, entre ellos:

No garantizó la realización de los mantenimientos preventivos de los equipos biomédicos de acuerdo con las recomendaciones del fabricante. No garantizó la debida recepción técnica y almacenamiento de muestras médicas, toda vez que, durante la auditoría, se evidenciaron en el servicio de consulta externa medicamentos anticonceptivos fuera de los consultorios médicos en un área administrativa sin el correspondiente control. No garantizó los tiempos de atención en urgencias, toda vez que, los pacientes clasificados con triage dos (2) son atendidos con más de 30 minutos de espera. No aseguró la completitud de los kits de emergencia obstétrica y neonatal, se encuentran faltantes de medicamentos, insumos y dispositivos médicos. No garantizó el cumplimiento de sus responsabilidades frente a la inscripción y habilitación de servicios ante la entidad territorial en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.

#### **Incumplimiento en aspectos financieros identificados por la Supersalud**

Respecto al eje financiero de la ESE, la entidad incorporó durante la vigencia de 2022 apropiaciones que superaron la expectativa real de recaudo, lo cual implicó la adquisición de compromisos sin contar con la fuente cierta que respaldara su pago. Esto como tal generó un déficit presupuestal del recaudo respecto a los compromisos adquiridos del -15% (-\$3.177 millones) dado por recaudos de \$18.067 millones y compromisos de \$21.244 millones.

Por otra parte, incumplió con la ejecución del porcentaje mínimo del 5% de total de ingresos del presupuesto para el mantenimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria legalmente establecida. Además, presentó deficiencias en la gestión de cobro de cartera, ya que desde diciembre de 2022 a noviembre de 2023 la antigüedad de vencimiento de las cuentas por cobrar mayores a 360 días aumentó un 7% pasando del 46% al 53%.

#### **Deficiencias de los servicios farmacéuticos**

En cuanto a los servicios farmacéuticos, la ESE no garantizó el cumplimiento de sus responsabilidades en cuanto a la custodia, control y seguimiento de los medicamentos controlados. Tampoco controló las condiciones ambientales de temperatura y humedad relativa para los medicamentos, insumos y dispositivos médicos en los servicios asistenciales donde se encontraron stock del mismo.

Igualmente, durante su gestión presentó fallas en las áreas para el almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos, y no cuenta con las existencias necesarias de medicamentos, insumos y dispositivos médicos para la prestación de los servicios de salud que tiene habilitados, entre otros.

#### **¿Quién será el agente especial interventor de esta entidad?**

Entre tanto, la Supersalud asignó al señor Luis Torres Castro como Agente Especial Interventor de la E.S.E. Hospital Regional del Magdalena Medio, con el propósito de garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud en condiciones de calidad, oportunidad y seguridad, así como, la estructuración e implementación de soluciones que impacten positivamente, los componentes de carácter administrativo, financiero, jurídico y asistencial que en su conjunto permitan superar las falencias identificadas.



## EPS COMPENSAR PROYECTA LIQUIDAR DEUDAS A PRESTADORES EN UN PLAZO DE 11 AÑOS SI APRUEBAN

### Tomado de Consultorsalud.

En abril de 2024, la EPS Compensar decidió retirarse del sistema de salud debido a la grave crisis que está afectando actualmente el sector por factores como la asignación de recursos para su operación. Ante este panorama, la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) señaló que evaluaría la solicitud y ordenó una serie de acciones que la EPS debería realizar en este proceso para poder retirarse del sistema.

Como parte de las medidas ordenadas por la Supersalud, se exigió la presentación de un cronograma detallado para el saneamiento de pasivos, especificando el monto anual que se destinará a los pagos. Esto implica la creación de un plan de pagos para las deudas actuales con clínicas, hospitales y otros proveedores. De esta manera, Compensar EPS, que a marzo de este año cumplía con los indicadores de superávit de capital mínimo y superávit de patrimonio adecuado, debe saldar estas deudas correspondientes a los servicios prestados.

Para dar cumplimiento a este requisito exigido por la entidad de inspección, control y vigilancia, la EPS Compensar por medio de una carta firmada por el gerente de Contratación de Red, Compras y Servicios Administrativos Compensar EPS, Hugo Gutiérrez, presentó el que plan de saneamiento para saldar sus deudas por más de un billón de pesos a 11 años.

*“La Superintendencia Nacional de Salud solicitó que fuera remitido a todos los prestadores y proveedores el cronograma para el saneamiento de los pasivos, indicando el monto anual de recursos que se destinará para tales efectos (...), a continuación, se describe el citado cronograma en el cual se indica el total de recursos que se dispondrán anualmente para cerrar el pasivo total de la EPS”,* señaló la EPS Compensar en la carta enviada a la Supersalud.

Asimismo, la entidad especificó que *“durante el transcurso de los próximos días y meses continuaremos el correspondiente proceso de conciliación de saldos de cartera que ha venido avanzando con ustedes, comenzando por lo correspondiente al año 2023 y posteriormente al año 2024, con el fin de concluir en acuerdos de pagos, con base en el cronograma descrito”.*

Es importante mencionar que Compensar fue la primera EPS en presentar una solicitud de retiro voluntario como aseguradora en el sistema de salud este año. La entidad cuenta con más de 2,1 millones de afiliados, de los cuales 377.288 pertenecen al régimen subsidiado y 1,7 millones al régimen contributivo.

Los plazos fijados por la EPS no fueron bien recibidos por los prestadores de salud asociados a Compensar. La principal preocupación radica en la urgencia de recibir el pago por los servicios ya prestados, especialmente en un contexto de incertidumbre en el sistema de salud, donde las dos principales EPS están intervenidas y tanto Compensar como Sura han anunciado su retiro voluntario.

Además, existe la preocupación e incertidumbre de que los pagos no se realicen una vez que la Supersalud apruebe el retiro del sistema, lo que podría llevar a la disolución de la EPS. En consecuencia, no habría una entidad jurídica que responda por las deudas pendientes en el futuro.

A esto se suma que recientemente la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) aseguró que, con corte a diciembre de 2023, **a 221 prestadores institucionales de servicios en salud les adeudan 16,8 billones de pesos, siendo las EPS las más grandes deudoras, con un saldo rojo que totaliza 12,3 billones de pesos.** Entre tanto, Juan Carlos Giraldo, director de la entidad, detalló que el 54% de esa cartera se encuentra en situación de mora y, desde su perspectiva, este indicador evidencia una falla persistente en el Sistema



## HIC OBTIENE DISTINCIÓN DE LA WSO POR EXCELENCIA EN ATENCIÓN DE PACIENTES CON ACV

### Tomado de Consultorsalud

El Centro de Excelencia en Ataque Cerebrovascular (ACV) del Hospital Internacional de Colombia (HIC) ha sido distinguido con el reconocimiento en la categoría Diamante por la iniciativa Angels, en colaboración con la World Stroke Organization (WSO), **una organización internacional que establece y supervisa los estándares y prácticas en el manejo de esta enfermedad.**

Este reconocimiento, que representa el más alto nivel en la evaluación de estándares y prácticas en el manejo de ACV, resalta el compromiso del HIC en la atención de estos pacientes. Las categorías de reconocimiento de la WSO, en orden

ascendente, son: stroke ready, oro, platino y, finalmente, diamante. Además, el Centro ha obtenido recientemente la recertificación por parte de la Joint Commission International (JCI), una autoridad mundial en la certificación de centros y servicios de salud.

El Dr. Tony Fabián Álvarez, líder del Centro de Excelencia en ACV del HIC, señaló que *“este premio nos destaca en la atención a pacientes con ataque cerebrovascular y enfermedades cerebrovasculares en general, garantizando que todas las acciones y cuidados se basen en la mejor evidencia disponible”*. Asimismo, **posiciona a la institución como una de las más eficaces de América Latina en el cuidado y tratamiento de pacientes con enfermedad cerebrovascular.**

Desde su creación en 2021, el Centro de Excelencia en Ataque Cerebrovascular del Hospital Internacional de Colombia (HIC) ha implementado un protocolo de intervención que se activa de inmediato ante la sospecha de un ACV, asegurando una respuesta rápida de los profesionales implicados.

Como tal, el líder del Centro de Excelencia informó que opera una línea de vida disponible las 24 horas, la cual ofrece atención inmediata a llamadas de emergencia, orientando al paciente según sus síntomas y necesidades. Esta línea facilita la pre-notificación al Centro de Excelencia, permitiendo que, a la llegada del paciente al servicio de emergencia, todo esté preparado para su atención inmediata y especializada.

Por su parte, Natalia Martínez, profesional del equipo Angels Colombia, explicó que, durante el seguimiento del Centro de Excelencia, encontró un gran número de fortalezas que lo llevaron a ser merecedor de esta certificación. *“Son muy constantes, siempre están pendientes de las mejoras, de lo que tienen que lograr en el futuro cercano para que esa atención de los pacientes realmente se cumpla. Y por eso es que reciben el más alto galardón que da la World Stroke Organization (WSO)”*

#### **Lo que debe saber sobre ACV – HIC**

El ataque cerebrovascular ([ACV](#)) es una emergencia médica que se ha convertido en la segunda causa de muerte en muchos países de América Latina y el mundo, y también es una de las principales causas de discapacidad en adultos.

A nivel nacional, la incidencia de ACV es significativa. La Asociación Colombiana de Neurología (ACN) informó que, en 2023, más de 45,000 personas sufrieron esta enfermedad, y cerca de 16,000 fallecen anualmente debido a esta enfermedad. En el mismo año, el Hospital Internacional de Colombia (HIC) trató a aproximadamente 700 pacientes con ACV isquémico o hemorrágico, y en lo que va de 2024, ya han atendido a más de 200 personas con esta condición.

Los síntomas de esta patología pueden manifestarse de manera súbita, especialmente en personas con enfermedades como hipertensión, diabetes, obesidad o trastornos vasculares. **Estos síntomas incluyen la pérdida repentina de fuerza o sensibilidad en la cara, brazos o piernas, dificultades para hablar o entender el lenguaje, pérdida repentina de la visión en uno o ambos ojos, mareos intensos con pérdida de equilibrio y/o coordinación, y dolores de cabeza severos de rápida aparición.**



## LEY ESTATUTARIA DE SALUD: DESAFÍOS Y REALIDADES

### Tomado de Periódico El Pulso

Han pasado nueve años desde la sanción de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, que estableció la salud como un derecho fundamental, independientemente del derecho a la vida. Se consideró una reforma necesaria para el sistema de salud, con expectativas de garantizar este derecho para todos los colombianos, promover la salud y prevenir enfermedades. Prometía un sistema donde los servicios negados durante 15 años serían accesibles y la tutela solo sería necesaria en casos no contemplados en el Plan Básico de Salud.

A pesar de que la Corte Constitucional había emitido importantes sentencias desde 1995, como la Sentencia 760 de 2008 que declaró la salud como un derecho fundamental, las violaciones continuaban. La Ley 1751 incorporó estos temas con fuerza constitucional. Sin embargo, hoy, muchos actores del sistema consideran que esta ley es una más entre las leyes que no han cumplido sus promesas. A pesar de un Plan de Beneficios de Salud (PBS) con mayor oferta, persisten vacíos e inconsistencias en relación con la realidad del país.

#### Los límites del financiamiento

Según el economista de la salud Paul Rodríguez, con la Ley 1751 se generó la expectativa de que todo sería financieramente viable, lo cual no es factible dado el crecimiento del gasto. Añade que, *“a pesar de la implementación del MIPRES, la actualización del PBS y la fijación de presupuestos máximos, se vuelve imposible para el sistema sostener el enorme crecimiento de suplementos alimenticios, pagados a costa del sistema de salud. Sugiere establecer límites*

mediante un mecanismo para definir qué tratamientos y tecnologías son financiables con recursos públicos, aunque reconoce que alcanzar un acuerdo político será difícil. Paradójicamente, fluyen recursos para tratamientos no previstos, como cirugías estéticas, mientras que propuestas como acciones de salud pública y rutas integradas de salud, destinadas a llevar procedimientos complejos a zonas remotas, siguen sin financiamiento”.

“El gran reto —argumenta Rodríguez— es aumentar el gasto en salud en esa clase de acciones y suplir la brecha urbano-rural existente, en la que se ha hecho muy poco para lograrlo”.

#### Ley vs. el negocio de la salud

Para el abogado especialista en salud, Carlos Ballesteros, es muy poco lo que se ha avanzado en el tema de la salud en relación con las buenas intenciones de la Ley 1751.

“Una cosa es que exista la ley y otra su aplicación práctica; la razón fundamental por la cual no se ha logrado este propósito es la estructura del sistema que gira alrededor del negocio de la salud, por tanto, la motivación de los distintos actores es la ganancia y la utilidad”. No hemos avanzado, sostiene, “y esto se refleja en los problemas financieros, de corrupción y relacionados con la mala gestión dentro del sistema, que ha obligado al Estado a intervenir a estas entidades y que otros intermediarios renuncien. Un caos, donde los primeros que están siendo afectados son los trabajadores de la salud, con condiciones laborales de maltrato”.

El director ejecutivo de la Asociación de Empresas del Estado de Antioquia, AESA, Luis Hernán Sánchez, coincide en que “no ha sido posible la aplicación de la Ley debido al modelo de salud vigente, basado en el aseguramiento, el mercado y la libre competencia. Adicionalmente, los actores del sistema, empezando por el gobierno, no han desarrollado el articulado de la ley”. En ese contexto, la prevención, que es una de las propuestas de la ley, queda rezagada frente a un sistema que no permite inversión de recursos importantes en este aspecto.

“Es un sistema centrado en la enfermedad y bajo la presión tecnológica y de las casas farmacéuticas con medicamentos de primera línea”. Adicionalmente, —argumenta—, se tiene una idea errada de que empieza la promoción y prevención y al otro día se baja la carga de enfermedad; eso se refleja con el paso del tiempo y una cultura de promoción y prevención, y esto no le conviene a especialistas, ni a casas farmacéuticas ni a las empresas que viven del actual modelo. Tampoco ha tenido efectos visibles en suplir las necesidades de salud de las zonas rurales y dispersas del país, pues si bien ha aumentado la cobertura de aseguramiento, el acceso real es utopía.

#### Usuarios del sistema frente a la ley

Para el Dr. Carlos Mario Vega, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad CES, los avances más evidentes de la Ley Estatutaria de Salud para los usuarios son declarar el derecho a la salud como derecho fundamental y poner límites al disfrute de ese derecho.

De esta manera, hoy en lo único en lo que debe tener en cuenta el usuario es que la petición que va a hacer no esté dentro de las exclusiones de la Ley 1751 y “si la organización de salud no le concede lo que está pidiendo, el usuario tiene la posibilidad de interponer una tutela y así queda a salvo su derecho fundamental a la salud”.

La otra cara de este aumento del PBS que han podido ver los usuarios, con mayor cobertura en servicios y

#### ¿Cómo avanzar?

La Academia Nacional de Medicina, en cabeza de su presidente, el Dr. Gabriel Carrasquilla Gutiérrez, recientemente manifestó al Gobierno nacional la necesidad de avanzar en su aplicación.

La Academia Nacional de Medicina destaca dos avances: la protección financiera, reflejada en el bajo gasto de bolsillo en salud de los hogares, y el acceso de la población más pobre a atención especializada y alta tecnología en las principales ciudades. Señalan que es necesario desarrollar la atención primaria, fortalecer el primer nivel de atención y la red pública, mejorar la gestión del riesgo en salud y ampliar la cobertura en las zonas más apartadas, y enfatizan que “el mejoramiento de las condiciones laborales para todos los trabajadores del sector salud, la suficiencia de recursos financieros avalados por el Ministerio de Hacienda y la lucha contra la corrupción son inaplazables” para desarrollar la ley y garantizar efectivamente el derecho fundamental a la salud.

#### Modelos que inspiran cambios

La salud es un derecho consagrado en las constituciones de numerosos países de América, solo en las constituciones de Guatemala, Honduras, Paraguay, República Dominicana, Venezuela y Colombia se especifica como un derecho “fundamental”, según el Dr. Vega.

Modelos de países como Suecia, Corea del Sur y Canadá ofrecen valiosas referencias, se distinguen del modelo colombiano en tres aspectos clave,: no se basan en el lucro individual, priorizan la prevención y atención primaria, y destinan una parte importante de su PIB a la salud. Se concluye que “no son sistemas perfectos, pero tienen una cobertura más universal y una mejor calidad, gracias a una voluntad política fuerte, un estado que protege, Atención Primaria en Salud y un gasto público significativo”.



## CONSEJO DE ESTADO NIEGA SOLICITUD DE MEDIDAS CAUTELARES PARA 26 EPS

### Tomado de Consultorsalud

El Consejo de Estado niega medidas cautelares contra 26 EPS: *COMFENALCO VALLE EPS, COMPENSAR EPS, SANTAS EPS, la Unidad de Servicio Médico EPM-, FAMISANAR EPS, el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, el Servicio Occidental de Salud S.A., CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S., CAPRESOCA EPS-S, la Alianza Medellín Antioquia EPS S.A.S, la NUEVA EPS S.A, la Caja de Compensación Familiar CAJACOPI Atlántico. CAJACOPI EPS S.A.S., ASMET SALUD EPS S.A.S., EMSSANAR EPS S.A.S., SALUD MIA EPS, la Caja de Compensación Familiar del Chocó- COMFACHOCÓ, la Caja de Compensación Familiar del Oriente- COMFAORIENTE, la Asociación Mutual Ser Empresa Solidaria de Salud ESS, la Cooperativa empresa solidaria de salud y desarrollo integral- COOSALUD ESS, SALUD TOTAL EPS, EPS SURA.*

En la solicitud de medida cautelar, también estaban vinculadas la Superintendencia Nacional de Salud y la Contraloría General de la República. La solicitud, que había sido presentada por el Ministerio de Salud, se sustentaba en la vulneración del derecho a la salud de los colombianos, la moralidad administrativa y el patrimonio público.

*“Con el fin de evitar un daño mayor, se solicita a la Honorable Magistrada que ordene a la parte accionada realizar las gestiones necesarias con la finalidad de dar cabal cumplimiento a las inversiones de reservas técnicas de que tratan los artículos 2.5.2.2.1.9 y 2.5.2.2.1.10 del Decreto 780 de 2016, invirtiendo los periodos actuales, futuros, y aquellos incumplidos con anterioridad, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y su debida prestación de los habitantes del territorio nacional y detener la vulneración de los derechos colectivos a la moralidad administrativa, acceso al servicio de seguridad social en salud y defensa del patrimonio público, toda vez que, como se aprecia del informe señalado las EPS demandadas tienen un pasivo de Reservas Técnicas e incumplimiento al Régimen de Inversiones que incrementa con el paso del tiempo”,* se lee en el texto de solicitud de las medidas cautelares para las EPS.

Como hechos irrefutables, se presentaron los resultados de los informes sobre el endeudamiento de 26 EPS -publicado por la Contraloría y difundido en este portal informativo-, irregularidades relacionadas con gastos con recursos de la salud no permitidos como por ejemplo el pago de multas interpuestas por la Superintendencia de Salud y la DIAN, giro de recursos anticipados, las inconformidades de la ciudadanía con respecto a la atención en salud (dilaciones de la atención especializada o trámites).

### ¿Por qué el se desestimó la solicitud de medidas cautelares contra las EPS?

En esencia, las medidas cautelares se solicitaron por los resultados del informe de la Contraloría, en el que se evidencia el incumplimiento del régimen de inversión de las reservas técnicas. Sin embargo, *“la naturaleza de una medida cautelar como la que se pretende es la de ordenar a las demandadas realizar las gestiones para inversión en las denominadas reservas técnicas, lo que vulnera los derechos colectivos mencionados pues ello podría ocasionar una desmejora en el acceso a los servicios de salud”.*

*“Evidencia el Despacho, que estas pretensiones no se ajustan a la actualidad, puesto que, en primer lugar, no se comprueba por parte del actor popular que exista efectivamente una vulneración de un derecho colectivo o la puesta en riesgo del derecho a la salud, pues si bien, el demandante acude a distintos informes y comunicados de prensa emitidos por la Superintendencia Nacional de Salud y la Contraloría General de la República, lo cierto es que dichos documentos no constituyen prueba sumaria, que acredite la ocurrencia del hecho, pues, precisamente se emitieron para comprobar si los hechos alegados son o no ciertos”.*

El Tribunal Administrativo de Cundinamarca en su análisis no evidenció *“una comparativa de la violación de los derechos invocados”, “señalar los argumentos de hecho y de derecho que se debían analizar para concluir que efectivamente era más gravoso continuar el proceso”, “tampoco se demostró que exista peligro para la efectividad de la sentencia o que los efectos de la misma sean nugatorios, en dado caso de no acceder a la medida”.*

**La medida cautelar sobre las 26 EPS se negó porque no se cumplieron los requisitos y criterios.** *“Sobre los perjuicios causados, los argumentos que se expusieron en la solicitud de la medida no conllevan al Despacho a evidenciar un perjuicio irremediable, además que la protección o restablecimiento de los perjuicios causados y si existieron o no será tema de estudio por parte de la Sala de decisión”*



## JULIO FRENK: TRANSFORMACIONES Y DESAFÍOS DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

Tomado de Consultorsalud

Julio Frenk, ex secretario de salud de México y actual presidente de la Universidad de Miami, es uno de los especialistas en salud pública más reconocidos mundialmente. Abordó varios temas críticos sobre el sistema de salud mexicano, incluyendo la implementación y posterior eliminación del Seguro Popular, así como los desafíos actuales del sector.

### Orígenes y Segmentación del Sistema de Salud Mexicano

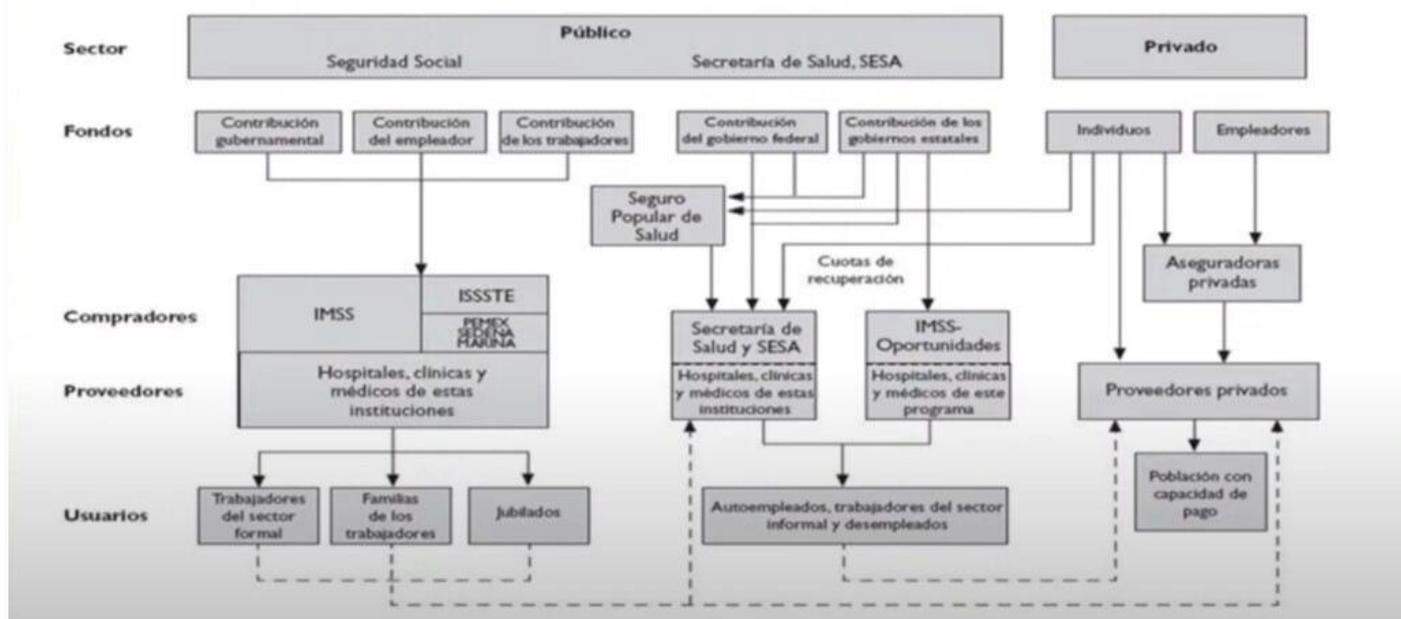
Explicó que el sistema de salud contemporáneo de México nació segmentado, reflejando la naturaleza corporativista del estado mexicano. El corporativismo implicaba que el ejercicio de los derechos dependía de la posición ocupacional de las personas. Desde 1943, la población se dividió entre asalariados, que tenían acceso a instituciones de seguridad social como el IMSS y el ISSSTE, y no asalariados, quienes carecían de un mecanismo de protección de salud pública y dependían de la asistencia estatal. En 1983, una reforma constitucional reconoció el derecho a la protección de la salud como un derecho ciudadano y no solo laboral. El Seguro Popular, implementado durante la gestión de Frenk, fue un intento de dismantlar este esquema corporativista y otorgar derechos iguales a toda la población, independientemente de su ocupación.

### Funcionamiento y Logros del Seguro Popular

Defendió la eficacia del Seguro Popular, destacando su diseño robusto basado en datos y evidencia científica. Aprobado por una amplia mayoría en el Congreso y respaldado por todos los estados de la república, el Seguro Popular buscaba elevar la inversión pública en salud y reducir el gasto de bolsillo de las familias. Durante su implementación, el gasto público en salud se cuadruplicó en términos reales entre 2000 y 2015, convirtiéndose en el área de gobierno con mayores incrementos presupuestales.

Uno de los principales logros del Seguro Popular fue la reducción del gasto catastrófico de bolsillo, que afectaba a casi 4 millones de familias mexicanas cada año. Sin embargo, Frenk reconoció que la ejecución del programa enfrentó numerosos problemas, como ocurre con cualquier política pública, especialmente en un sistema con recursos limitados.

### Sistema de Salud Mexicano al 2020



### Comparación con Sistemas de Salud Internacionales

Comparó el sistema de salud mexicano con los de Dinamarca y Canadá, considerados algunos de los mejores del mundo. Subrayó que estos sistemas se financian principalmente a través de impuestos generales y no de cuotas obrero-patronales, lo cual es clave para su éxito. Frenk argumentó que el Seguro Popular representaba un paso hacia un sistema similar al de Dinamarca o Canadá, al ser un sistema público plural y no monopolístico.

### Impacto de la Eliminación del Seguro Popular

La eliminación del Seguro Popular en 2020, fue un retroceso hacia un sistema corporativista, y no logró integrar mejor las instituciones de seguridad social. Esta medida fue acompañada por reducciones presupuestales en salud en medio de una pandemia, lo que calificó como un error grave.

Criticó la decisión de basar políticas públicas en ideología en lugar de evidencia científica, y señaló que la eliminación del Seguro Popular llevó a una recentralización de los servicios, privando a los no asalariados de un instrumento de aseguramiento público.

**Futuro del Sistema de Salud Mexicano**

Abogó por no restaurar el Seguro Popular tal como era, sino avanzar hacia un sistema financiado principalmente por impuestos generales y no por cuotas laborales. Destacó la necesidad de elevar la inversión en salud para alcanzar niveles comparables con el promedio latinoamericano y aspirar a sistemas como el de Dinamarca. Además, enfatizó la importancia de combatir la corrupción sin eliminar derechos ciudadanos.