



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

# Derecho a la salud y Seguridad Social en Colombia.

Julián Alberto Serna Gómez.

Docente U de A.

Odontólogo

Mg Salud Pública.



# Momentos de la presentación

- Historia y nociones de la salud y la enfermedad.
- Bloque de constitucionalidad: DCP – DESC.
- Nociones de Seguridad Social y SGSSS
- Consolidación del derecho a la salud en Colombia.
- Mecanismos comunes de defensa: Tutela.
- Derechos sexuales y reproductivos: Historia y sexualidad.
- Conferencia del Cairo.
- Participación social y comunitaria en salud.



# Historia de la salud - enfermedad



# Significados.

Experiencias

Representaciones  
sociales.



# SALUD – ENFERMEDAD:

Calidad de vida.  
Bienestar.  
Holístico

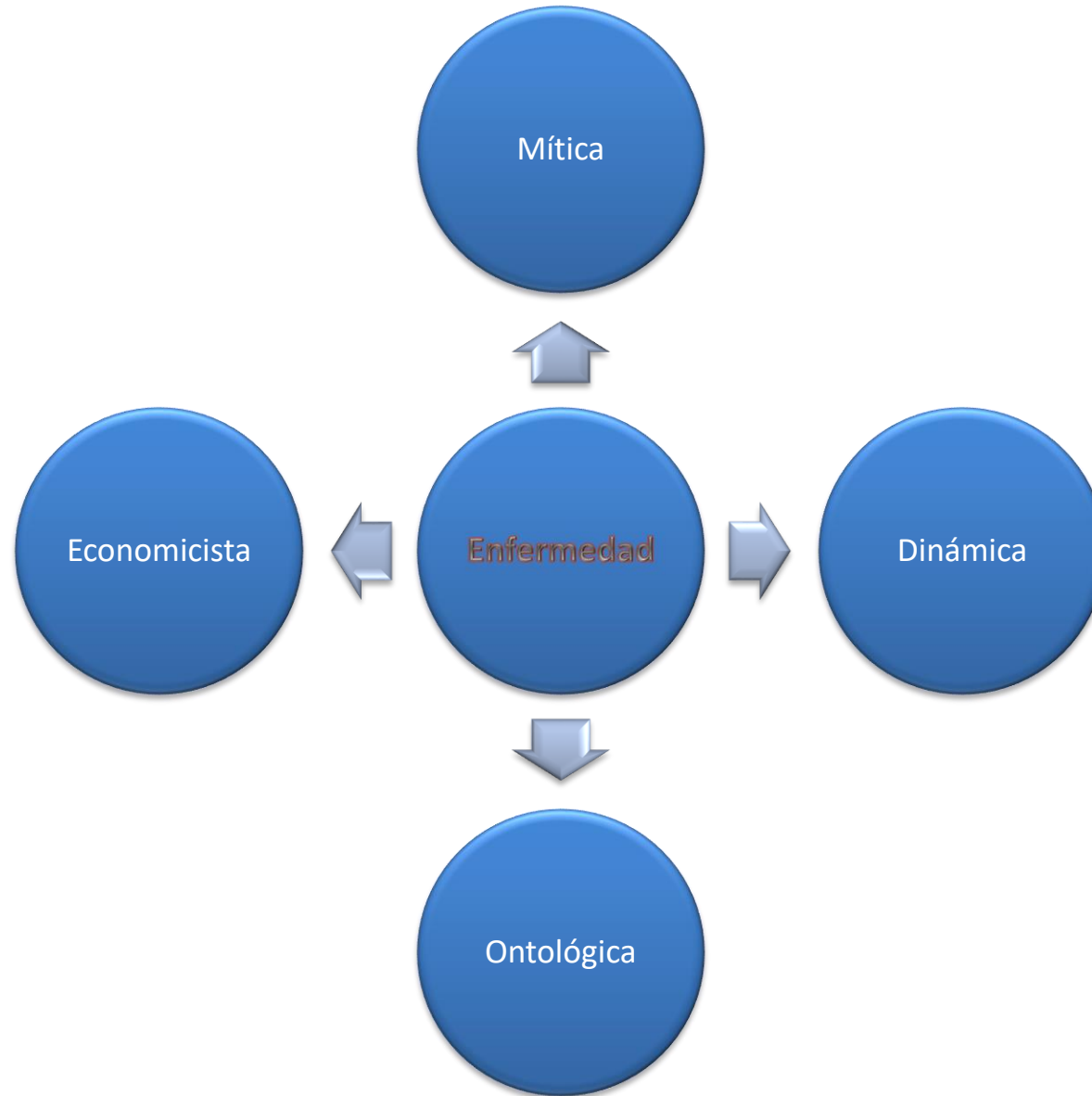
Fenómeno  
individual.  
Medicalizado.

Significados dicotómicos prevalecen según los intereses del grupo con mayor fuerza.



# Enfermedad – curandero.







# MITICA.

Afecciones  
biosociológicas

Visión integral

Modelo  
Multicausal

Externo y  
metafísico



# Dinámica.

- Griegos.
- Tekné.
- Visión positivista.
- Incorpora la higiene y responsabilidad del individuo.
- Sujeta a leyes naturales.
- Teoría Humoral.
- Método Científico.



# Ontológica.

- Surge la salud pública como defensa de los intereses de los dueños de los modos de producción.

## Metodo.

- Semiología empírica.
- Diagnósticos diferenciales.
- Tratamiento de las enfermedades.



# Concepciones ontológicas.

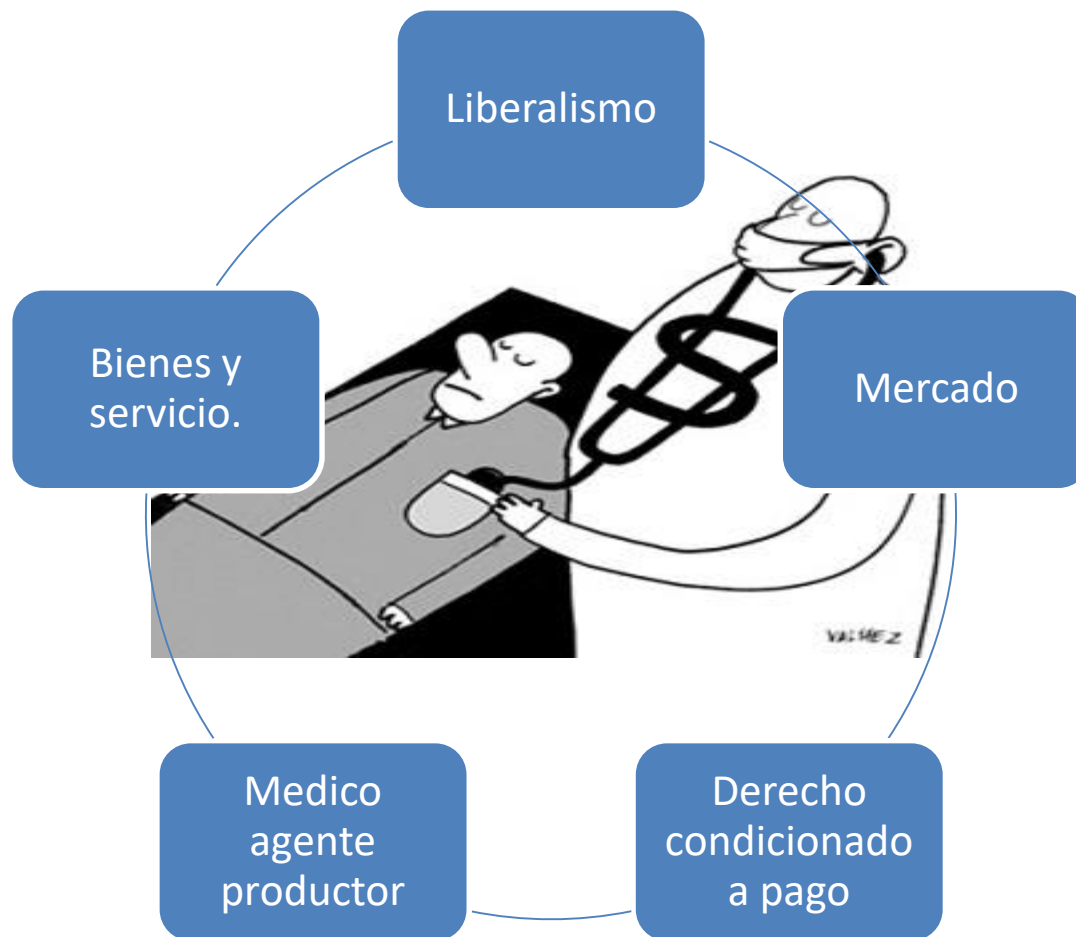
Anatomo-  
clinico

Fisiopatológico

Etiología (MO)



# Economicista



# SALUD – imaginario colectivo.



# Conceptos de Salud - Enfermedad

- OMS:

"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Proceso Salud – enfermedad:

Desborda la enfermedad como el campo estatico que posibilita explicar los cambios y alteraciones biopsicosociales del ser humano y se posiciona en otros sectores como el político, el económico, social y cultural para comprender las formas de vivir, enfermar y morir.



- SIGERIST 1946:

“La salud no es solo la ausencia de la enfermedad, sino que es algo positivo, una actitud gozosa frente a la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades de la vida que hace recaer sobre el individuo”

- Proceso Vital – Humano:

“El proceso vital humano, reafirma el concepto de **proceso**, comprende **la realidad de la salud y la enfermedad como realidades inter-articuladas**, no insulares, ni estáticas, por ende en movimiento y permanente transformación...Permite abrirse a otras disciplinas y campos del saber”.





# Proceso Vital Humano – Saúl Franco

- La comprensión del de proceso vital humano, **asume la muerte como condición esencial de la vida, y esta última se constituye en una realidad socio-histórica en constante tensión y en proceso de descomposición**, en el que la muerte hace parte de la relación dialéctica de la vida.
- **“La vida no nos interesa solamente como una consideración genérica abstracta. La vida se da en un conjunto de condiciones de posibilidad, y esas condiciones de posibilidad son objeto del trabajo sanitario, en la medida en que se debe trabajar en la identificación, en la constitución y en la garantía de las condiciones que hacen posible la vida humana para la mayoría de la humanidad y de ser posible, para toda la humanidad”.**



# EVOLUCIÓN DE LOS PARADIGMAS EXPLICATIVOS DE LA SALUD

## INDIVIDUAL

Bio-médico.  
Bio-poder.  
Practica Clínica.  
Positivista

## BIOPSICOSOCIAL

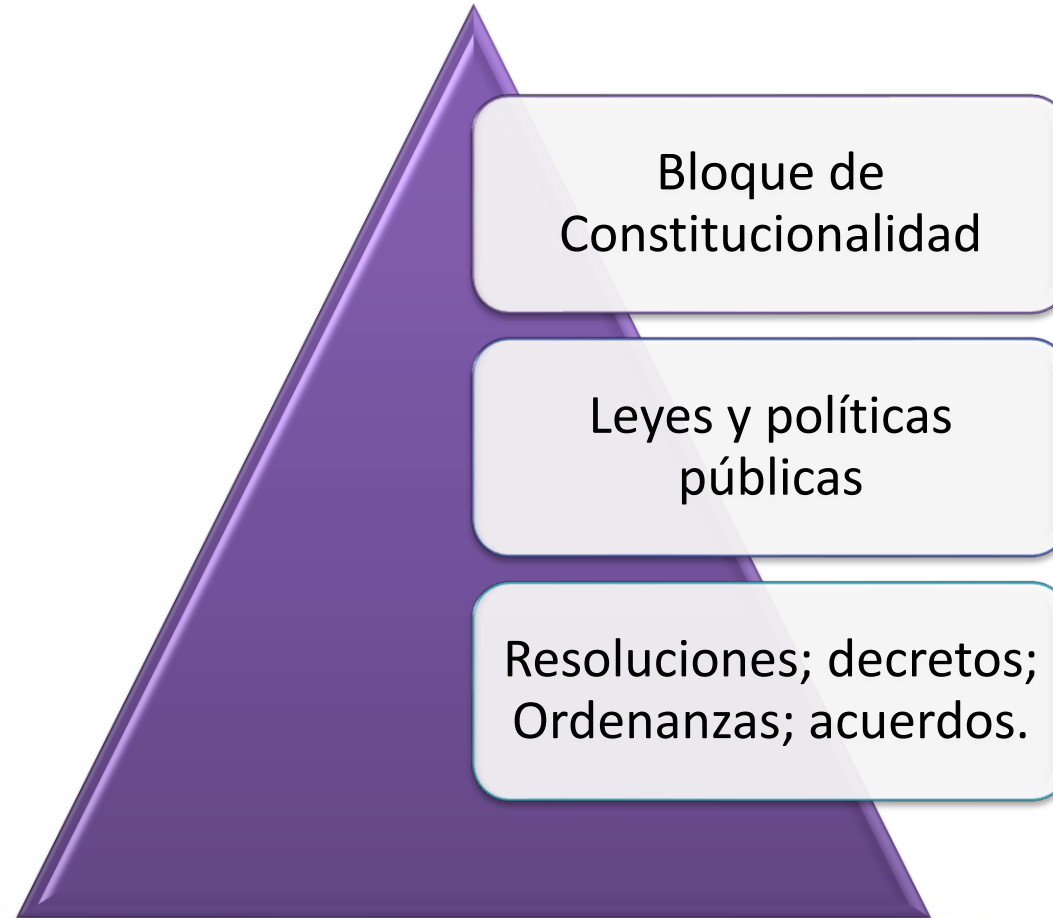
Relación individuo ambiente.  
Triada Ecológica  
Levell y Clark.  
Lalonde (Campo de la salud)  
Blumm : Fuerzas de la salud  
Dever: Determinación epidemiológica  
Proceso vital humano

## COMPLEJIDAD

Método Concreto – abstracto concreto.  
Histórico dialectico  
Proceso vital humano.  
Rupturas del bio-poder y la violencia simbólica en el acto clínico



# Sistema de Fuentes del Derecho



# Derechos Humanos

- **Artículo 25**

Toda persona tiene derecho a **un nivel de vida adecuado** que le asegure, así como a su familia, **la salud y el bienestar**, y en especial la **alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios**; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.



# Derechos Humanos

- **Artículo 22**

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la **seguridad social**, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, **la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.**



# Derechos Económicos Sociales y Culturales

- **Artículo 12**

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen **el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.**

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de **asegurar la plena efectividad de este derecho**, figurarán las necesarias para:

a) **La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil**, y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la **higiene del trabajo y del medio ambiente**;

c) **La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole**, y la lucha contra ellas;

d) La creación de condiciones que aseguren a todos **asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.**



# Observación 14 DESC

**La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.**

La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.



# Derechos conexos para garantizar el DHS

- El derecho a la alimentación,
- Vivienda,
- Trabajo,
- Educación,
- Dignidad humana,
- La vida,
- No discriminación,
- La igualdad,
- No ser sometido a torturas,
- A la vida privada,
- Al acceso a la información,
- Libertad de asociación, reunión y circulación.





# DHS, no es solo atención de servicios en salud

- El derecho a la salud **abarca una amplia gama de factores socioeconómicos** que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden **llevar una vida sana**, y hace ese derecho extensivo a los **factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.**



# DHS Observación PIDESC

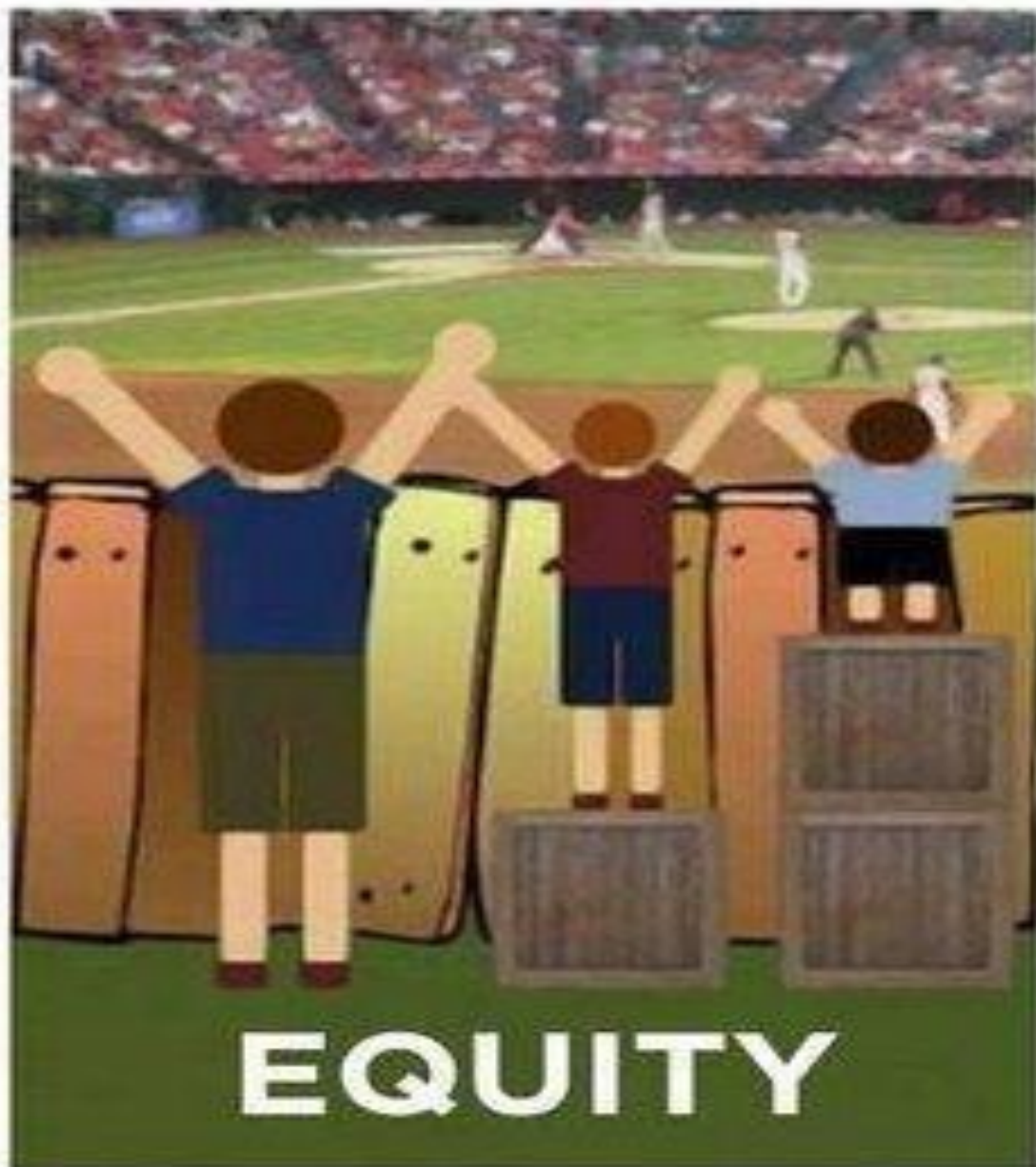
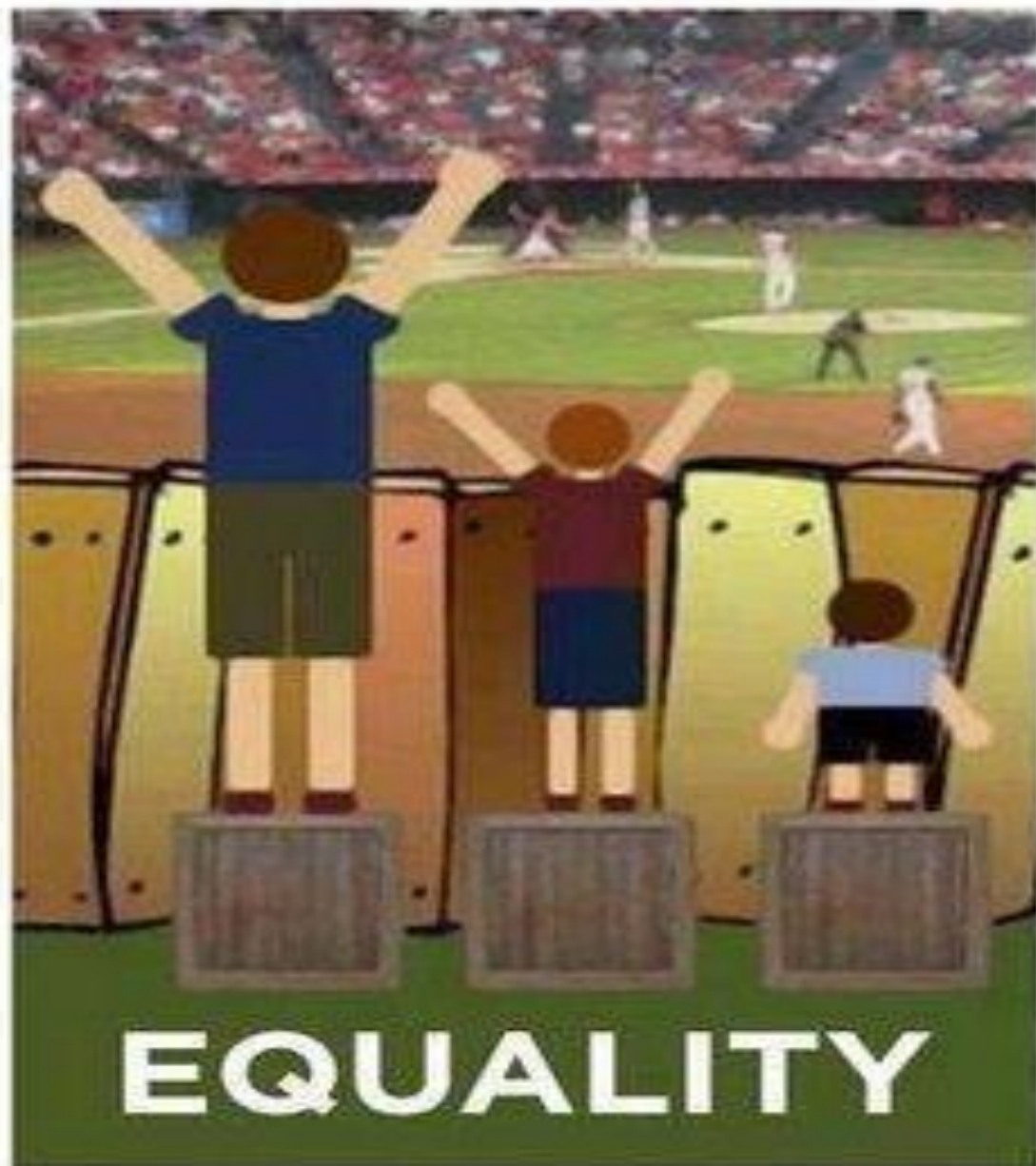
- **El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar *sano*. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales**



# Determinación de la salud

- Inequidad y Justicia Social.
- La distribución de los recursos.
- Las diferencias basadas en la perspectiva de género.
- Las relacionadas con la violencia o el conflicto armado.
- Crecimiento poblacional.
- Condiciones mínimas esenciales (Acueducto y alcantarillado; vivienda digna; alimentación sana, Educación, entre otros)





# Inequidad

- Whitehead: las desigualdades o inequidades en salud son situaciones **injustas, evitables e innecesarias**.
- Le Blanc: Cada quien sus capacidades y cada quien según sus necesidades.



- Los **problemas en salud** presentan **desigualdades** en una población determinada.
- Es un discurso esencialmente **epidemiológico clásico**.
- El cual busca explicar el por que de las desigualdades y su causa.
- Plantea que las diferencias biológicas no pueden observarse como desigualdades.
- Las diferencias sociales si pueden considerarse desigualdades.

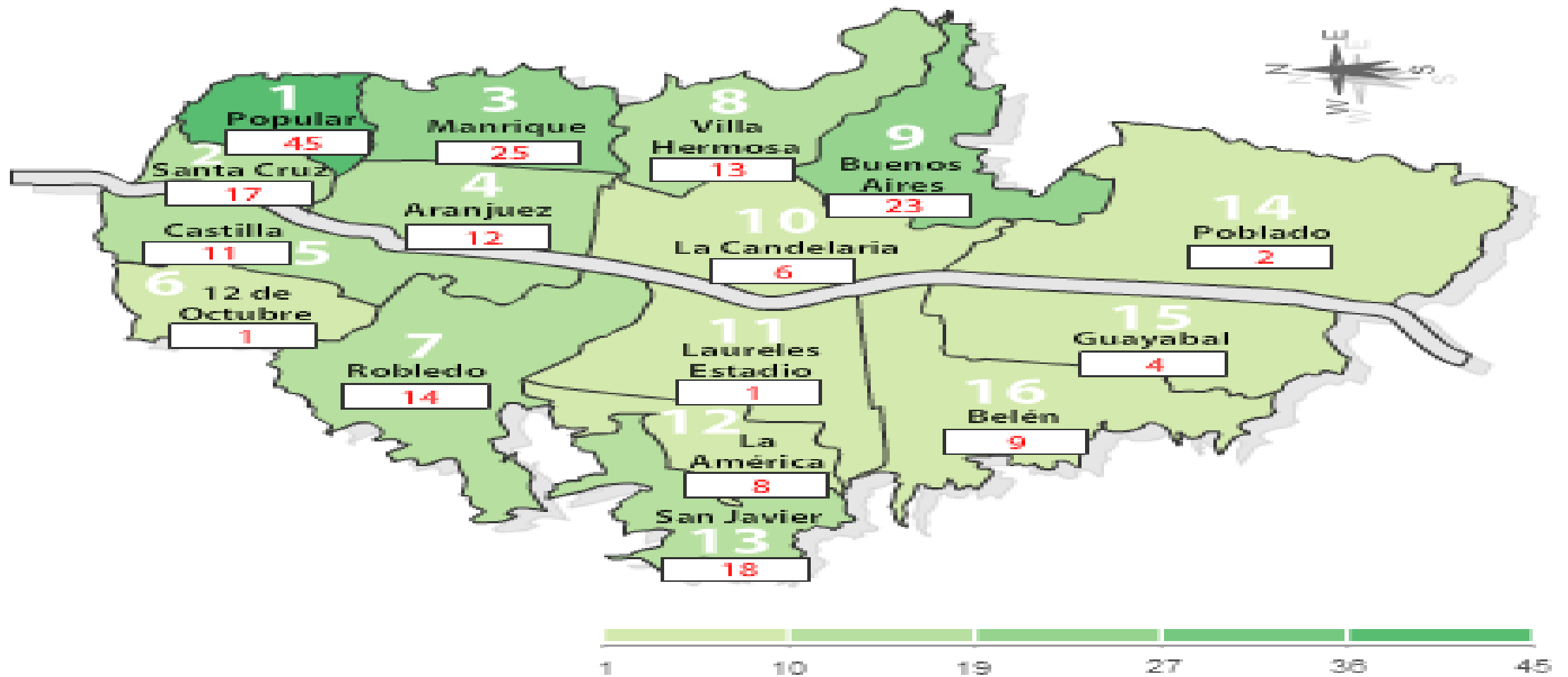


# Diferencias sociales.

- La etnia: condición creada socialmente.
- Territorio: Distribución social del territorio.
- Genero: Construcción del rol de mujer.
- Educación: Nivel de acceso a la formación.



▼ **Número de embarazos en niñas entre 10 y 14 años, 2012**



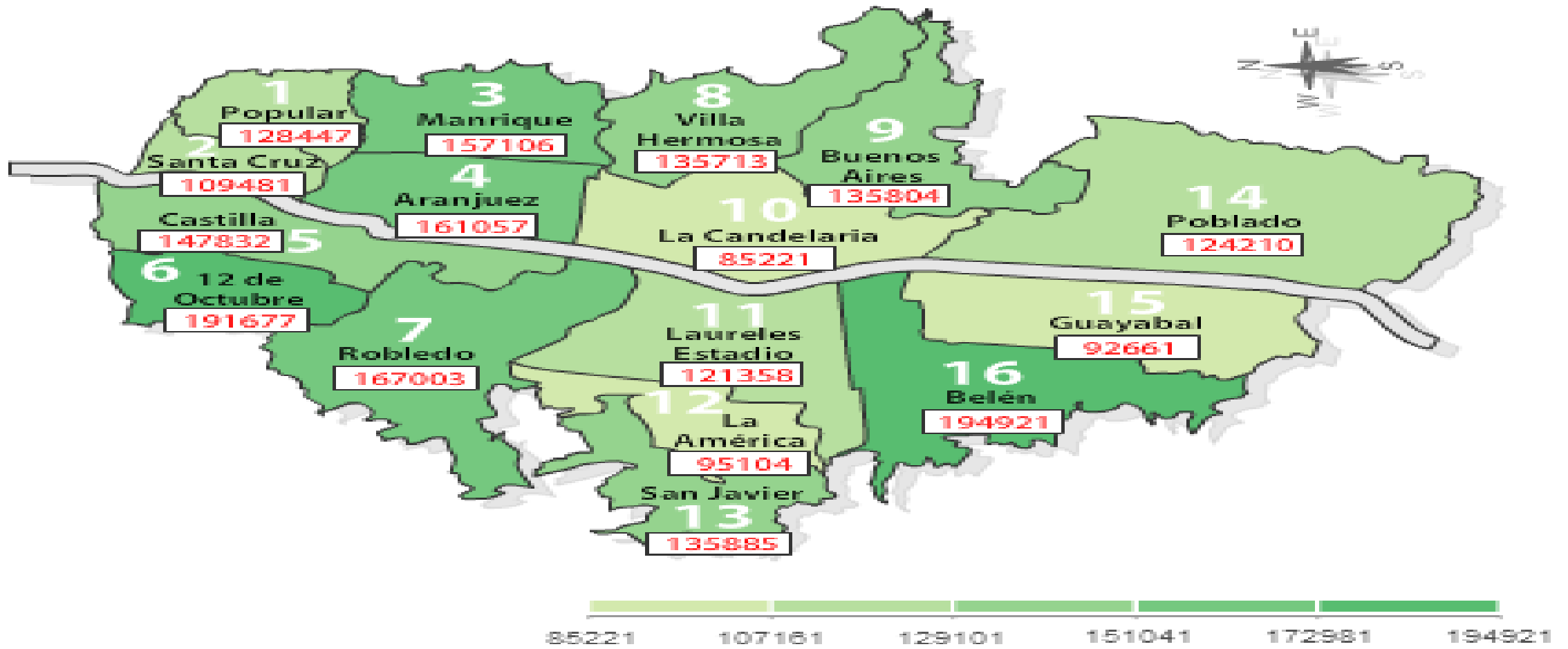
**Medellín:** 251

**Máxima:** 45

**Mínimo:** 1



▼ **Número total de habitantes por comuna 2012**

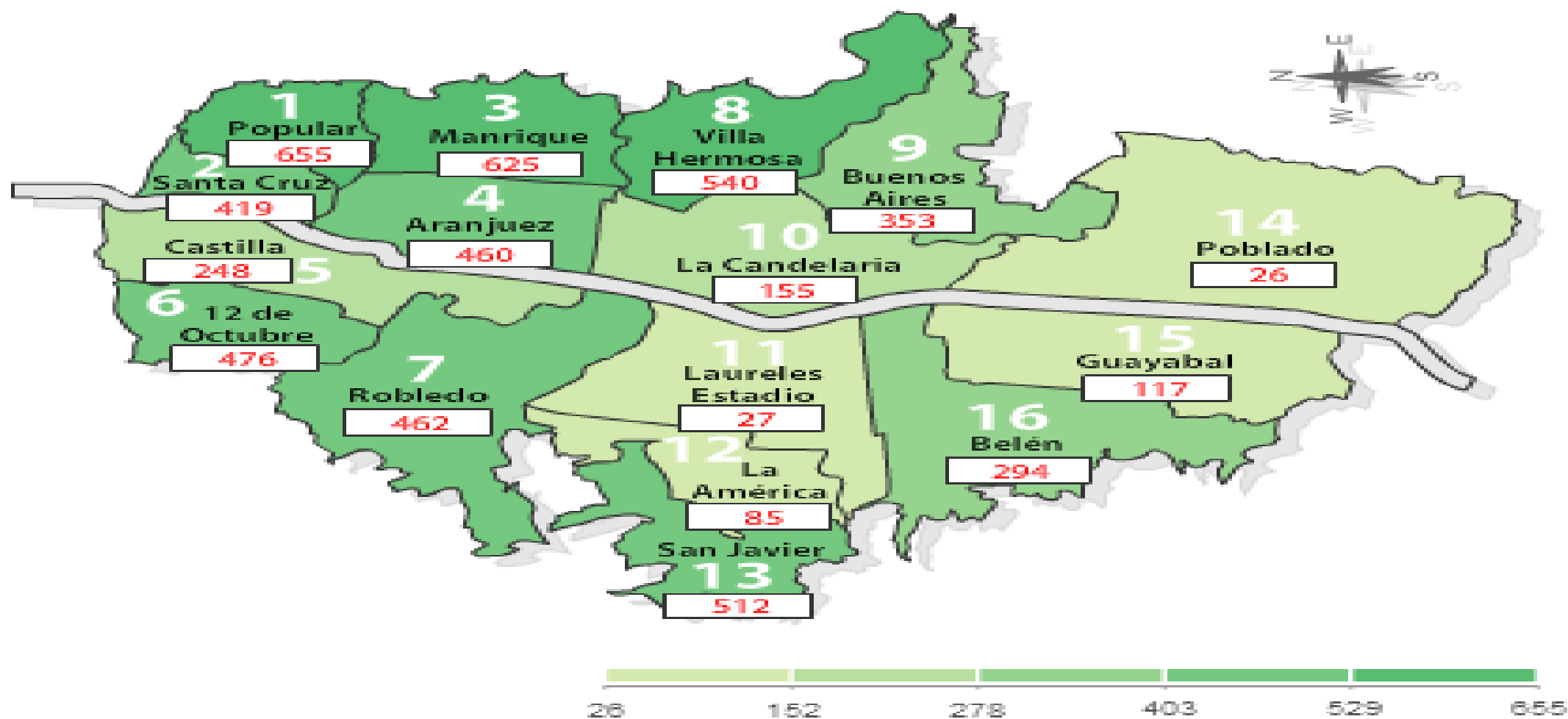


**Medellín:** 2393011

**Máximo:** 194921

**Mínimo:** 85221

▼ **Número de embarazos en mujeres entre 15 y 19 años, 2012**

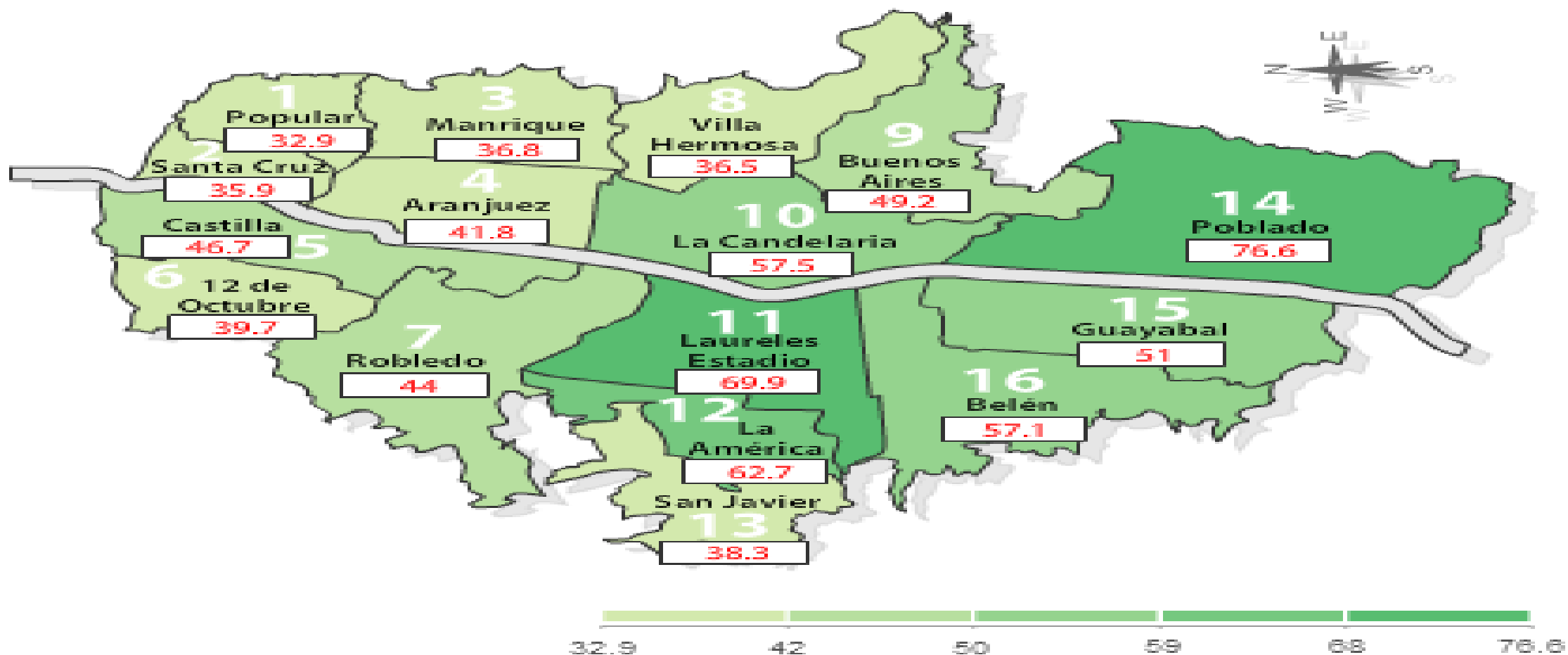


Medellín: 6039

Máximo: 655

Mínimo: 26

## Indicador Multidimensional de Calidad de Vida -ICV-2012

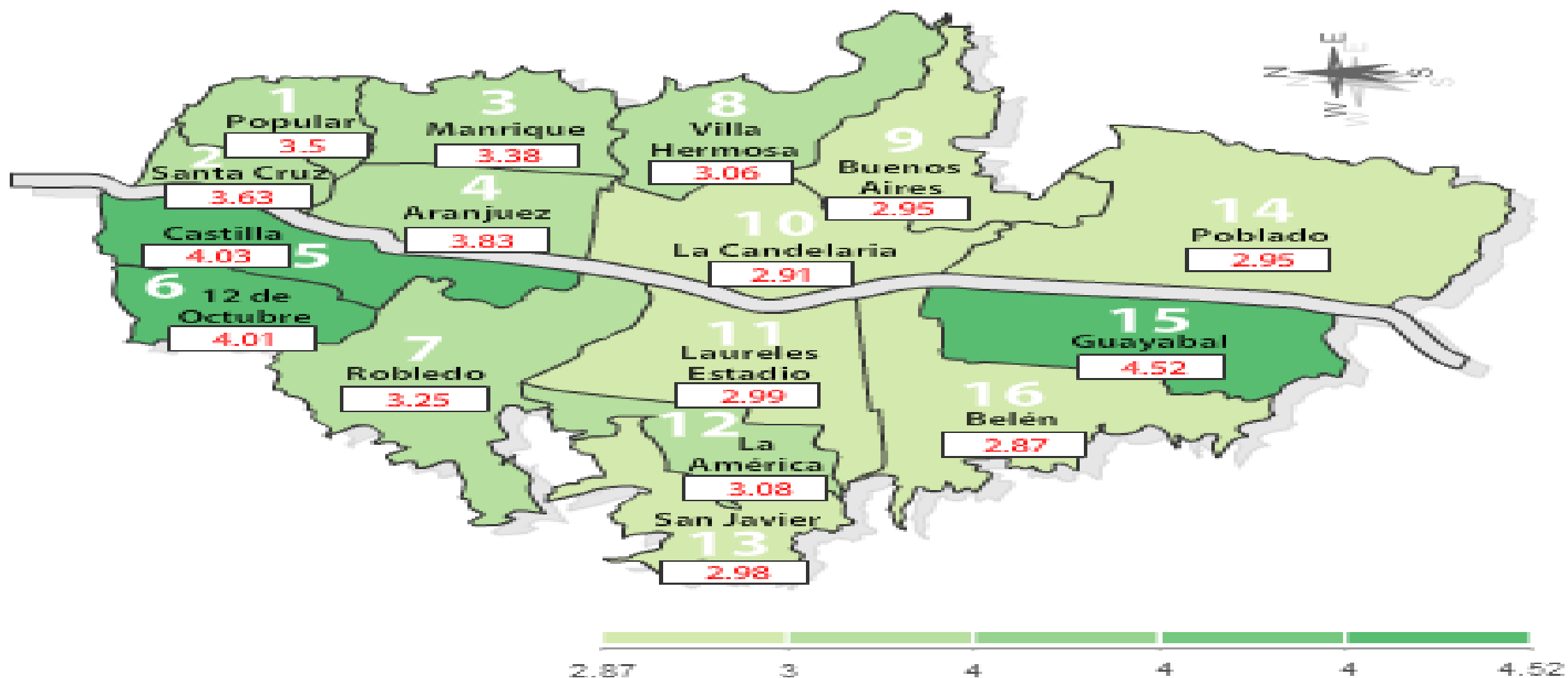


Medellín: 48.3

Máximo: 76.6

Mínimo: 32.9

▼ **Número de personas por vivienda 2012**



Medellín: 3.31

Máximo: 4.52

Mínimo: 2.87

# Características del DHS

- Disponibilidad.
- Accesibilidad física y de información
- Asequibilidad.
- Aceptabilidad y adaptabilidad.
- Calidad.



# Derechos enfatizados por la observación.

- El derecho a la salud materna, infantil y reproductiva.
- El derecho a la higiene del trabajo y del medio ambiente.
- El derecho a la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la lucha contra ellas
- El derecho a establecimientos, bienes y servicios de salud.



# Temas especiales de alcance general

- No discriminación e igualdad de trato.
- La perspectiva de género.
- La mujer y el derecho a la salud.
- Personas mayores.
- Personas en situación de discapacidad.
- Pueblos indígenas.



# Responsabilidades del Estado.

- Aceptación Negativa y Positiva del Derecho a la salud.
- Comprensión de las Externalidades Colectivas.
- Condiciones mínimas Esenciales del derecho.





# Conferencias internacionales

- Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989.
- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965;
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979;



# Conferencias Internacionales

- Alma Ata, 1976: Atención Primaria en Salud.
- Ottawa, 1986: Promoción de la salud.
- Adelaida, 1988: Salud en todas las políticas.
- Sundsvall, 1991: Ambientes saludables.
- Santa Fe de Bogotá, 1992: Inequidades en América Latina.
- Yakarta, 1997: DHS
- Nairobi, 2009: Un llamado a la acción.



# Promoción de la salud

- La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.
- Políticas públicas saludables.
- Entornos Saludables.
- Reorientación de los servicios.
- Acción comunitaria.

EN COLOMBIA SE MATERIALIZA EN EL PDSP.



# Constitución Política de Colombia

- **ARTICULO 93.** Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno.
- Los derechos y deberes consagrados en esta Carta, se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia



# Constitución Política de Colombia

- **Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado**, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.
- Se garantiza a todos los habitantes **el derecho irrenunciable a la Seguridad Social**.
- El Estado, con la participación de los particulares, ampliara progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.



# Artículo 48

- **La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.**
- **No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.**



# Artículo 49

- La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.
- Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.



# Artículo 49

- Así mismo, establecer las competencias de la Nación, **las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.**
- Los **servicios de salud se organizarán en forma descentralizada**, por niveles de atención y con **participación de la comunidad.**





# ARTICULO 44.

- Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión.
- Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos.



# Sentencias Constitucionales

- Sentencia T 760 de 2008.
- Sentencia T 121 de 2015.



# Sentencia T 760 de 2008.

- La 'salud', por tanto, **no es una condición de la persona que se tiene o no se tiene.** Se trata de una cuestión de grado, que **ha de ser valorada específicamente en cada caso.** Así pues, la salud **no sólo consiste en la 'ausencia de afecciones y enfermedades'** en una persona..., El **derecho** a la salud comprende el derecho **al nivel más alto de salud posible** dentro de cada Estado, el cual se alcanza de manera progresiva. No obstante, la jurisprudencia también **ha reconocido que la noción de salud no es unívoca y absoluta...**, La noción constitucional de salud es **sensible a las diferencias tanto sociales como ambientales que existan entre los diferentes grupos** de personas que viven en Colombia.



# Sentencia T 121 de 2015.

*El derecho a la salud implica el **acceso oportuno, eficaz, de calidad y en igualdad de condiciones a todos los servicios, facilidades, establecimientos y bienes que se requieran para garantizarlo.** De igual manera, comprende la **satisfacción de otros derechos vinculados con su realización efectiva,** como ocurre con el saneamiento básico, el agua potable y la alimentación adecuada.*



# Leyes

- Ley 100 de 1993.
- Ley 1122 de 2007.
- Ley 1438 de 2011.
- Ley ESTATUTARIA 1751 de 2015.



# Luchas sociales y tutela

- Las luchas sociales en Colombia, han tenido grandes picos durante los años de 2007 y 2013.
- Los motivos o intenciones que han construido los marcos de sentido de las acciones colectivas han sido diversos, donde la salud no ha sido un motivo único en los ciclos de protesta.
- Las luchas consolidadas propias del sector salud se ha dado durante la emergencia social de 2010 y las últimas movilizaciones en 2014 por la ley estatutaria en salud.



# Tutela

- **Después del derecho de petición, el derecho a la salud es el más invocado en las tutelas del país. En el 2012 representaron el 26,94 % del total. El 2011 se registró el segundo número más alto de acciones de tutela interpuestas por los colombianos para reclamar servicios de salud, desde que se creó este instrumento en 1992.**
- En el 2008, se presentaron 142.957 tutelas para invocar el derecho a la salud,



lo cual llevó a la Corte Constitucional a expedir en ese año la sentencia T-760.

- **Se esperaba** que con esta súper tutela (como se conoce), las acciones de tutelas fueran **en descenso**, pero esto se cumplió parcialmente durante los años 2009 y 2010 donde se presentaron 100.490 y 94.502 tutelas respectivamente. Sin embargo **a partir del año 2011 las acciones de tutelas se incrementaron**, muestra de ello es que, en el 2012 se registraron **114.313 acciones**, reflejando nuevamente fallas en la prestación del servicio de salud.





- El mayor número de tutelas (**70,93%**) se da para lograr que a los ciudadanos se les presten procedimientos, medicamentos y tratamientos a los que tienen derecho porque estaban contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y han sido cancelados mediante el pago de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).



# Ley 1751 de 2015

- Declara la salud como un derecho humano fundamental.
- Ampliación del plan de beneficios y describe las exclusiones generales.
- Aún continua restringida al sector sanitario.



# Nociones de Seguridad Social

- Modelos privados; de caridad y beneficencia.
- Los sistemas de salud en el mundo.
- Bizmarck – Alemania. 1888
- Beveridge – Inglaterra. 1930 -1950.



# La protección universal

- **Los primeros preceptos de seguridad social, partieron de una relación de trabajo directa, la cual a futuro no tuvo en cuenta las relaciones nacientes, como el sub empleo o los trabajadores independientes.**
- **Este tipo de condiciones conllevó a fortalecer los criterios de cobertura universal a cualquier miembro de las sociedades existentes. Ya que es un derecho de toda persona por la condición de ser humano. Principio PRO HOMINEM.**



# Modelo: Pluralismo Estructurado



# Enfoques

Sistematico

Sistematico



# Retos

Desigualdades económicas y sociales.

Fragmentación de los servicios

Segmentación de los actores



**Figura 1**  
**Retos para los sistemas de salud en América Latina**

COMPONENTE	TIPO DE RETO	
	Acumulado	Emergente
<b>Población</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Rezago epidemiológico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Infecciones comunes</li> <li>* Desnutrición</li> <li>* Problemas de salud reproductiva</li> </ul> </li> <li>- <b>Brecha en salud</b></li> <li>- <b>Inequidad</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Nuevas presiones</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Enfermedades no transmisibles</li> <li>* Lesiones</li> <li>* Infecciones emergentes</li> </ul> </li> <li>- <b>Cambios en la demanda</b></li> <li>- <b>Presiones políticas</b></li> </ul>
<b>Instituciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Cobertura insuficiente</b></li> <li>- <b>Calidad técnica pobre</b></li> <li>- <b>Ineficiencia en la asignación de recursos</b></li> <li>- <b>Inadecuados procesos de referencia de pacientes</b></li> <li>- <b>Baja capacidad resolutive</b></li> <li>- <b>Administración deficiente de las instituciones</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Escalada de costos</b></li> <li>- <b>Incentivos inadecuados</b></li> <li>- <b>Inseguridad financiera</b></li> <li>- <b>Insatisfacción de los consumidores</b></li> <li>- <b>Expansión tecnológica</b></li> <li>- <b>Gerencia deficiente del sistema</b></li> </ul>



**Cuadro 1**  
**La brecha social de la salud en América Latina y el Caribe, 1995**

<b>Indicador</b>	<b>Nivel observado</b>	<b>Nivel esperado</b>	<b>Brecha</b>
<b>Cobertura de los servicios de salud (% de la población)</b>	<b>78%</b>	<b>89%</b>	<b>14%</b>
<b>Mortalidad de menores de 5 años (por 1,000 nacidos vivos)</b>	<b>47</b>	<b>39</b>	<b>17%</b>
<b>Eperanza de vida al nacer (años)</b>	<b>69.5</b>	<b>72</b>	<b>4%</b>
<b>Peso de la enfermedad (años de vida saludables perdidos por 1,000 habitantes)</b>	<b>231.6</b>	<b>200.1</b>	<b>14%</b>

Fuente: Inter-American Development Bank (1996: 242-243)

# Funciones generales de los sistemas

**Rectoría:** Modulación.

**Prestación de servicios:**

(Teoría neo clásica de bienes y servicios).

- Se centra en la atención individual por la alta carga que esta implica al sistema.
- La atención colectiva es delegada al Estado y no es tenida en cuenta para el modelo.

**Generación de recursos humanos y tecnológicos.**

**Financiamiento.**

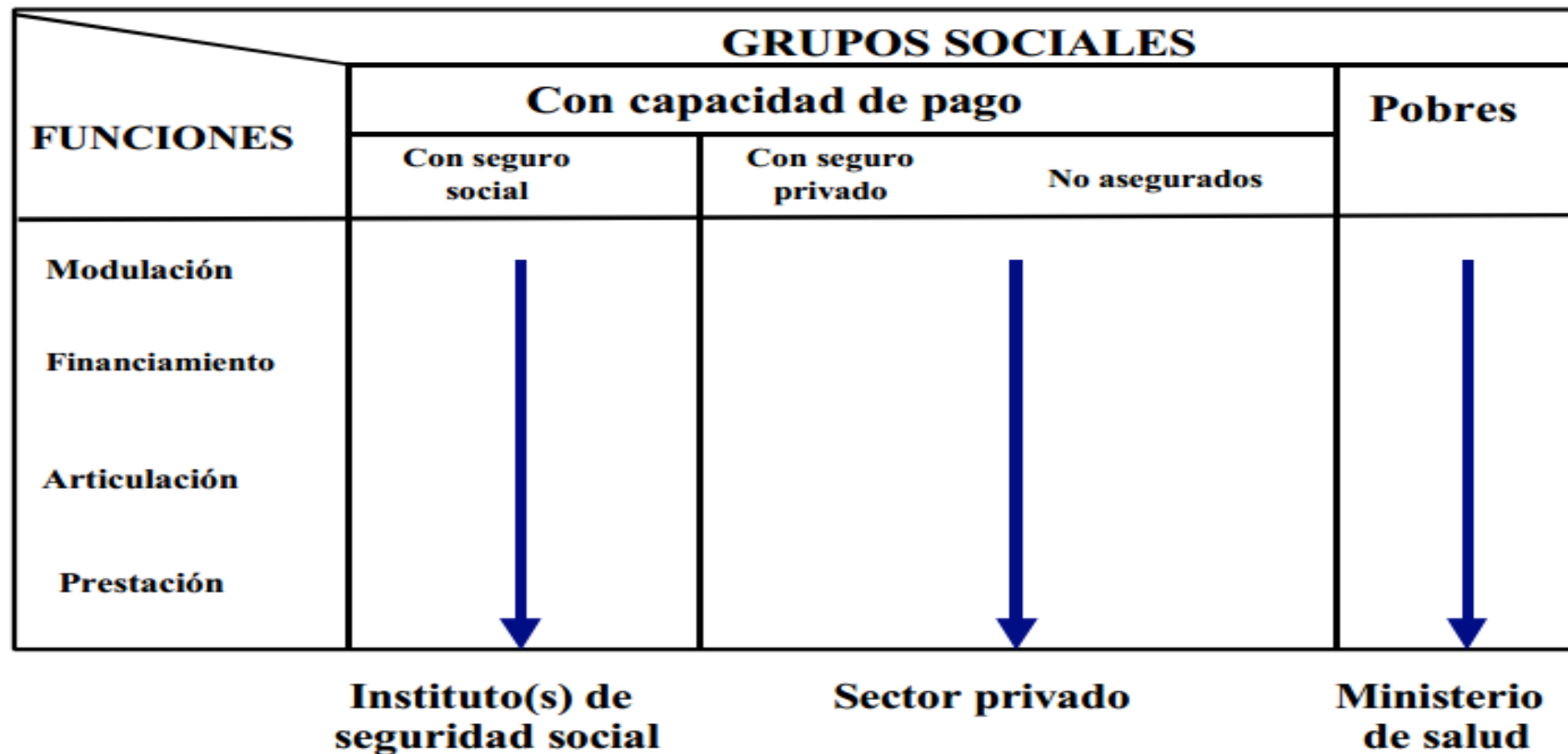
**Articulación.**



**Figura 3**  
**Tipología de los modelos de sistemas de salud**  
**en América Latina**

	<b>INTEGRACION DE FUNCIONES INSTITUCIONALES</b>	
<b>INTEGRACION DE POBLACIONES</b>	<b>Integración vertical</b>	<b>Separación</b>
<b>Integración horizontal</b>	<b>Modelo público unificado</b> (e.g., Cuba, Costa Rica)	<b>Modelo de contrato público</b> (e.g., Brasil)
<b>Segregación</b>	<b>Modelo segmentado</b> (la mayoría de los países latinoamericanos)	<b>Modelo privado atomizado</b> (e.g., Argentina, Paraguay)

**Figura 4a**  
**Diseño actual del modelo segmentado**



**Figura 4b**  
**Diseño propuesto de pluralismo estructurado**

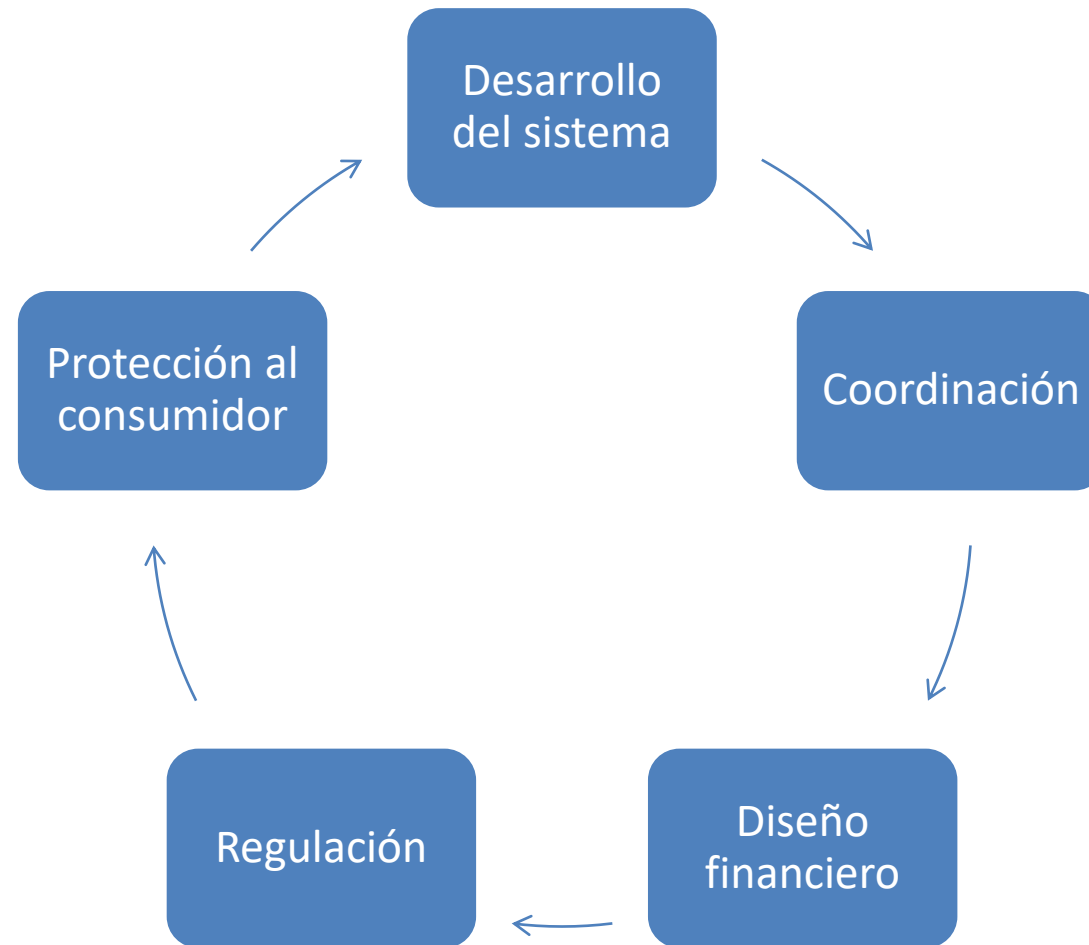
<b>FUNCIONES</b>	<b>GRUPOS SOCIALES</b>			
	<b>Con capacidad de pago</b>		<b>Pobres</b>	
	<b>Con seguro social</b>	<b>Con seguro privado</b> <b>No asegurados</b>		
<b>Modulación</b>	→			<b>Ministerio de salud</b>
<b>Financiamiento</b>	→			<b>Seguridad social (ampliada)</b>
<b>Articulación</b>	→			<b>Competencia estructurada</b>
<b>Prestación</b>	→			<b>Pluralismo</b>

# Pluralismo Estructurado

- “Pluralismo” **evita los extremos** del monopolio en el **sector público** y la atomización en el sector **privado**. “Estructurado” evita los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado
- Estructurado: Se tiene en cuenta la relaciones entre la población y las instituciones.



# MODULACIÓN.



# ARTICULACIÓN.

## Captación de dinero

- Agencias financieras.
- Fondos públicos.

## Prestadores – población.

- Administración del riesgo (OASS)
- Administración del acceso (Plan de beneficios)
- Representación del usuario (OASS Costo Efectivo/Satisfacción usuario)

## Agencias de financiamiento- Prestadores

- Diseño de incentivos.(Pagos)
- Diseño de beneficios. (Plan de beneficios)
- Gestión de la calidad. (Certificados)



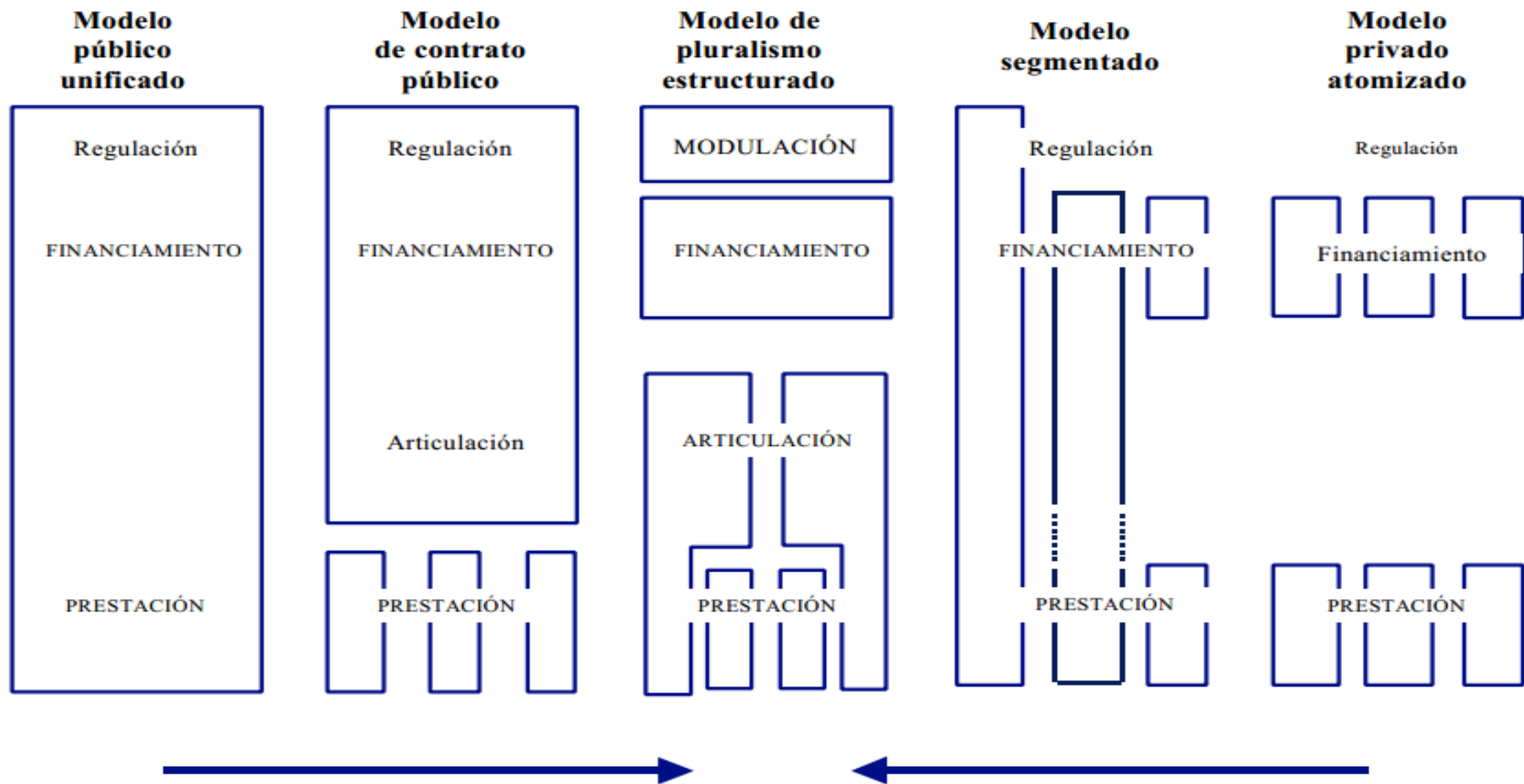


# OASS

- Pagadores pasivos: Compradores activos.
- Representantes del Consumo.
- Disminución en la burocracia: Relación directa con usuarios.
- Libre Elección.
- Red de proveedores y prestadores.



**Figura 5**  
**Convergencia entre los modelos de sistemas de salud**



# MENSAJE

- **El pluralismo estructurado no ofrece un camino único para la reforma.**
- Lo que ofrece es una **opción “centrista”** que evita los extremos y, al mismo tiempo, permite una convergencia dinámica desde todos los puntos de partida.
- Al hacerlo, el pluralismo estructurado otorga una atención cuidadosa al **establecimiento del equilibrio de fuerzas necesario entre los diversos actores en el sistema.** Así, las OASS tienen que **alcanzar un delicado balance entre los incentivos para la contención de costos, implícito en los pagos por capitación, y el imperativo de satisfacer a los consumidores, alentado por la libertad de elección.**



- **La equidad se practica aplicando los principios de finanzas públicas, eliminando las barreras de segregación y desalentando la competencia con base en la selección de riesgos.**
- **Al mismo tiempo, la justicia en la remuneración se promueve mediante el ajuste por riesgo en los pagos capitados y el reconocimiento del buen desempeño.**
- Es precisamente esta búsqueda equilibrada de equidad, calidad y eficiencia la que no se ha logrado en los modelos existentes, y la que el pluralismo estructurado intenta alcanzar en forma explícita.



# SGSSS



# SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Es creado para garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afectan.



# Principios que regulan el Sistema

- **Universalidad:** la salud como servicio público, el Estado garantiza el acceso a toda la población
- **Continuidad:** Recibir los Servicios de Salud de manera continua (Una vez iniciado un tratamiento no puede ser interrumpido intempestiva o arbitrariamente por razones administrativas o económicas)
- **Solidaridad:** Mutuo apoyo entre personas
- **Eficiencia:** Correcta utilización de recursos
- **Libre elección:** libertad de escoger la entidad de salud el medico o especialista dentro de la oferta y disponibilidad
- **Sostenibilidad:** El Estado dispondrá de los recursos necesarios y suficientes para asegurar el goce efectivo de la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal



# Antecedentes

- **Consenso de Whashington – Agenda reformista.**
- **Decreto 045 – SGSSS**
- **El artículo 48 de la Constitución Política de Colombia define:** Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.
- **LEY 100 DE 1993** crea el Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSI) para Colombia el cual se compone de cuatro elementos:





**SISTEMA GENERAL DE  
RIESGOS PROFESIONALES**

**SISTEMA GENERAL  
DE SS EN SALUD**

**SISTEMA DE SEGURIDAD  
SOCIAL INTEGRAL**

**SISTEMA GENERAL  
DE PENSIONES**

**SERVICIOS SOCIALES  
COMPLEM.**



# Características esenciales

- Mercado regulado.
- Libre elección.
- Aseguramiento del riesgo.



# Rectoría

- Ministerio de salud
- Superintendencia Nacional de Salud.
- Direcciones Seccionales.
- Direcciones Locales.



# Regímenes

- Régimen contributivo: los trabajadores dependientes aportan un 4 % y los empleadores un 8.5 % del salario básico.
- Esta contribución cambiará desde 2014 por efectos de la reforma tributaria, que contempla que los empleadores con empleados cuyo salario sea menor de 10 SMLV no contribuirán con el 8.5%).
- La contribución que realizan los trabajadores independientes es del 12.5 % (del 40 % de sus ingresos mensuales).



- A esta población pertenecen las personas que trabajan, los que tiene capacidad de pago, los pensionados y sus beneficiarios Cónyuge, hijos menores de 18 años, hijos entre 18 y 25 años que estudien, hijos discapacitados en cualquier rango de edad, padres del cotizante en caso de no tener cónyuge e hijos.



- Las EPS del régimen contributivo recaudan los copagos que se cobran a los beneficiarios destinados según la norma a ayudar a financiar el sistema.
- Las cuotas moderadoras (que cumplen la función de incentivar el uso adecuado de los servicios de salud).



# Régimen subsidiado

- A este grupo pertenecen las personas desempleadas, sin capacidad de pago y quienes a través del sistema de identificación de beneficiarios (SISBEN) fueron identificados con bajos recursos económicos, esto es Nivel 1 -2. Tienen prioridad como beneficiarios de este régimen las poblaciones denominadas especiales: Madres en embarazo, en proceso de parto, posparto y lactancia, madres comunitarias, mujeres cabeza de familia, niños menores de 1 año, menores en situación irregular, mayores de 65 años, personas en situación de discapacidad, etc.



# Pobres no asegurados.

- Existe una tercera población que no cumple con los criterios para el régimen contributivo, pero que no ha sido identificada como beneficiaria del régimen subsidiado a través del Sisbén o al ser encuestada su puntaje no le permite pertenecer al régimen subsidiado. La atención de esta población esta a cargo de las entidades territoriales.





# POS – Plan Obligatoria de salud

- Es el conjunto de servicios y tecnologías (consulta médica genera y especializada, odontología, nutrición, medicamentos, prótesis, etc.) que las EPS deben garantizar a sus afiliados y pagos para cubrir el riesgo financiero en salud.
- Desde que se creó el SGSSS en 1993, el POS para las personas del régimen subsidiado era el 70 % del POS del régimen contributivo. Solo a partir de 2011 se igualó el POS para ambos regímenes.
- La población pobre no recibe de forma completa los servicios que ofrece el POS; tiene acceso a algunos servicios como: la atención de urgencias, a los servicios de salud pública, poblaciones especiales, como la materno infantil tiene una cobertura especial y cuando requieren atenciones de nivel II o III de complejidad se hacen con cargo a la Dirección Seccional de Salud.



# RISS – Red integrada de servicios de salud

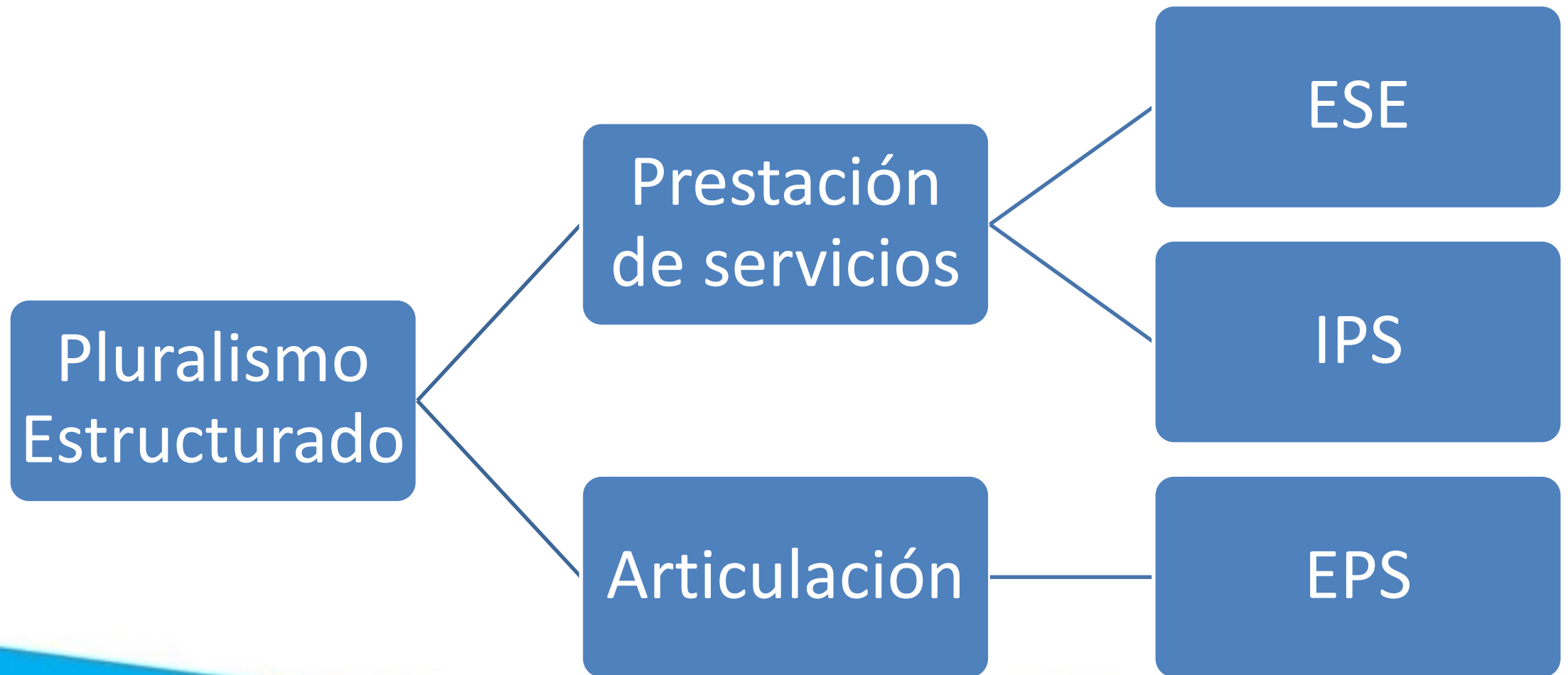
- **Nivel I:** Consulta médica general, atención de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, laboratorio clínico básico. Puede o no tener servicios de urgencias.
- **Nivel II:** Además de los anteriores servicios cuentan por lo menos con las especialidades de ginecobstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general; servicios de hospitalización, urgencias y de ayudas diagnósticas más complejas.
- **Nivel III:** Además de las anteriores puede realizar procedimientos de mayor complejidad, tiene personal especializado en todas las áreas de la medicina y equipos tecnológicos para realizar procedimientos especializados.



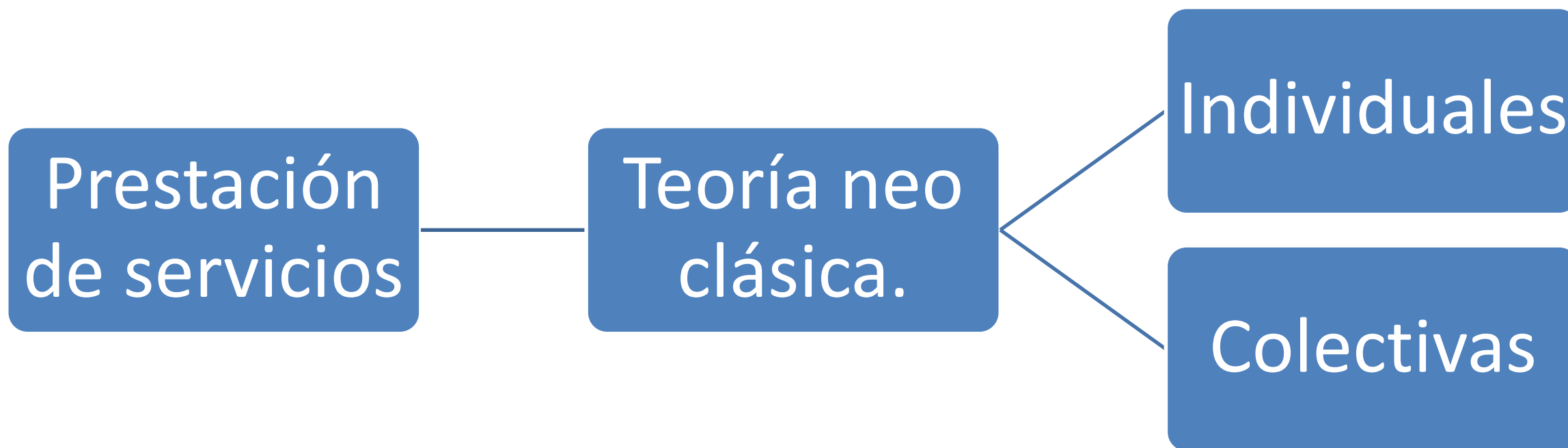
# Rutas de acceso a los servicios de salud.



# Funciones del modelo del SGSSS.



# Función de prestación de servicios



- **Los servicios de salud** tienen como propósito disponer diferentes tipos de servicios a la población con el fin de **cuidar y proteger su salud, prevenir las sus enfermedades y rehabilitar** las personas que han quedado con algún tipo de secuela.
- Para cumplir adecuadamente con sus propósitos **estos servicios deben estar articulados** de manera armónica en el sistema de salud en **redes integradas de servicios de salud** que **posibiliten prestar la atención de salud de manera integral.**



# Los servicios de salud son diversos, pueden ser:

- **Según su naturaleza jurídica:** público, privados o mixtos
- **Según su nivel de complejidad:** de primer, segundo y tercer nivel.
- **Según el tipo de servicios que prestan:** de urgencias, de consulta externa, de hospitalización, de cirugía de laboratorio, de imágenes diagnósticas, de rehabilitación, de farmacia, etc.



# Cuando hablan los síntomas.

- En estos casos se accede por **el servicio de consulta externa.**
- Cada EPS debe **informar a sus afiliados la unidad de atención primaria en la cual le corresponde consultar**, de lo contrario es importante que las personas tengan ésta información antes de que se presente la necesidad de consultar.
- La atención por médico general debe realizarse en un plazo máximo de 72 horas.





- Las personas afiliadas al régimen subsidiado no pagan cuotas moderadoras. Por el contrario las personas afiliadas al régimen contributivo deben cancelar la cuota moderadora según su salario.
- El **pago de cuotas moderadoras** se aplica a las consultas por **medicina general, odontología, consulta especializada, medicamentos, imágenes diagnósticas y exámenes de laboratorio.**
- Es importante aclarar que solo se debe cobrar una cuota moderadora por el total de los medicamentos prescritos en la misma consulta, independiente del número de medicamentos. Esto aplica también para las ayudas diagnósticas.
- Cuando las personas padecen **de enfermedades catalogadas como catastróficas o de alto costo** están exentas de pago de cuotas moderadoras y copago.



# ¿Cómo acceder a los servicios de salud cuándo mis síntomas no son graves, pero no puedo esperar una consulta externa?

- Cuando las personas presentan **condiciones clínicas que no ponen en riesgo su vida, pero con síntomas que hacen difícil esperar una cita programada**, tiene derecho a que se le asigne una **consulta prioritaria** la cual se ofrecerá en menos de **24 horas** de la solicitud.
- Este servicio así como las ordenes derivadas de ésta atención **implica el pago de cuotas moderadoras**.



# ¿Qué es una urgencia?

- Las urgencias médicas están definidas como alteraciones físicas, funcionales o mentales, ocasionada por diversas causas y de diferente gravedad, que pone en riesgo la vida de las personas y que requieren atención inmediata para evitar muertes, secuelas o complicaciones evitables.



- Todas las **instituciones habilitadas** para la **prestación de servicios de urgencias** *deben atender a quien requiere la atención sin la necesidad de contratos previos entre las EPS y las IPS* y **sin necesidad de autorización previa de las EPS.**
- Por lo tanto si una persona cursa con una condición que amenaza la vida debe ingresar al servicio de urgencias más cercano.



# TRIAGE

- El **triage** es un procedimiento que se debe realizar en todos los servicios de urgencias, a todos los pacientes que soliciten la atención, independiente de su afiliación al sistema de salud, de su capacidad de pago y del motivo de consulta.
- Debe ser realizado por un médico (a) en un tiempo menor a los 20 minutos después del ingreso del paciente. Este procedimiento clasifica los pacientes según la prioridad en la cual deben ser atendidos.



- Pacientes con emergencias médicas su atención debe ser inmediata.
- Pacientes con urgencias médicas: su atención debe hacerse en un tiempo menor de 1 hora desde el ingreso.
- Pacientes con consultas prioritarias: su atención debe garantizarse en menos de 24 horas por el servicio de consulta externa o en consultorios dispuestos en las IPS.
- Pacientes con consultas externas: su atención debe realizarse por consulta externa en un lapso no mayor de 72 horas.



- La atención de pacientes clasificados como urgentes, es decir triage 1 y 2 no deben cancelar cuotas moderadoras.
- Los pacientes que son clasificados en el triage como 3 y 4, que son derivados a los servicios de consulta prioritaria y externa, cancelaran la cuota moderadora si son del régimen contributivo y según su nivel salarial.



- La mayoría de las condiciones médicas pueden ser resueltas en la unidad de atención primaria sin la participación de especialistas. Sin embargo algunas enfermedades o condiciones clínicas requieren la valoración por diferentes especialidades y en ocasiones la hospitalización. Esta remisión puede realizarse de manera urgente, cuando está en riesgo la vida, o en forma ambulatorio si los pacientes están estables.

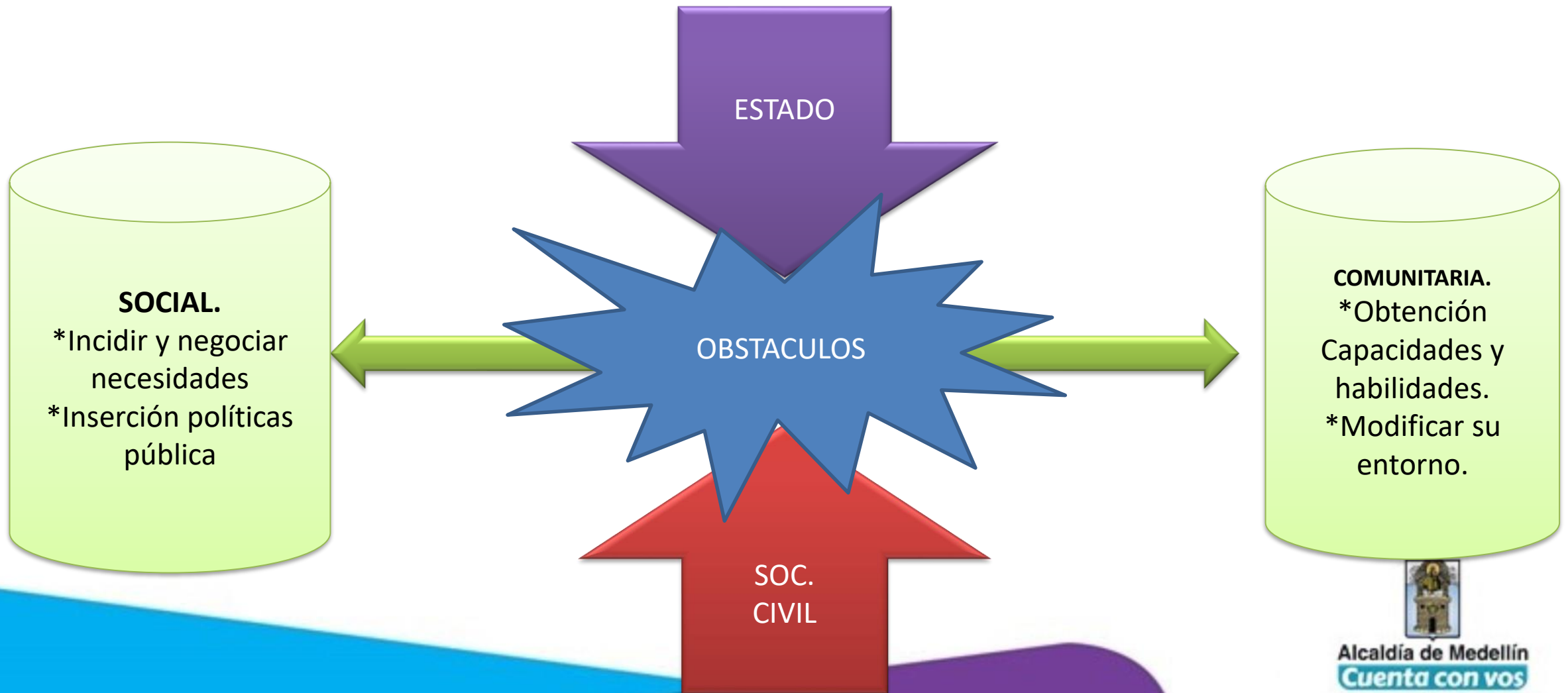


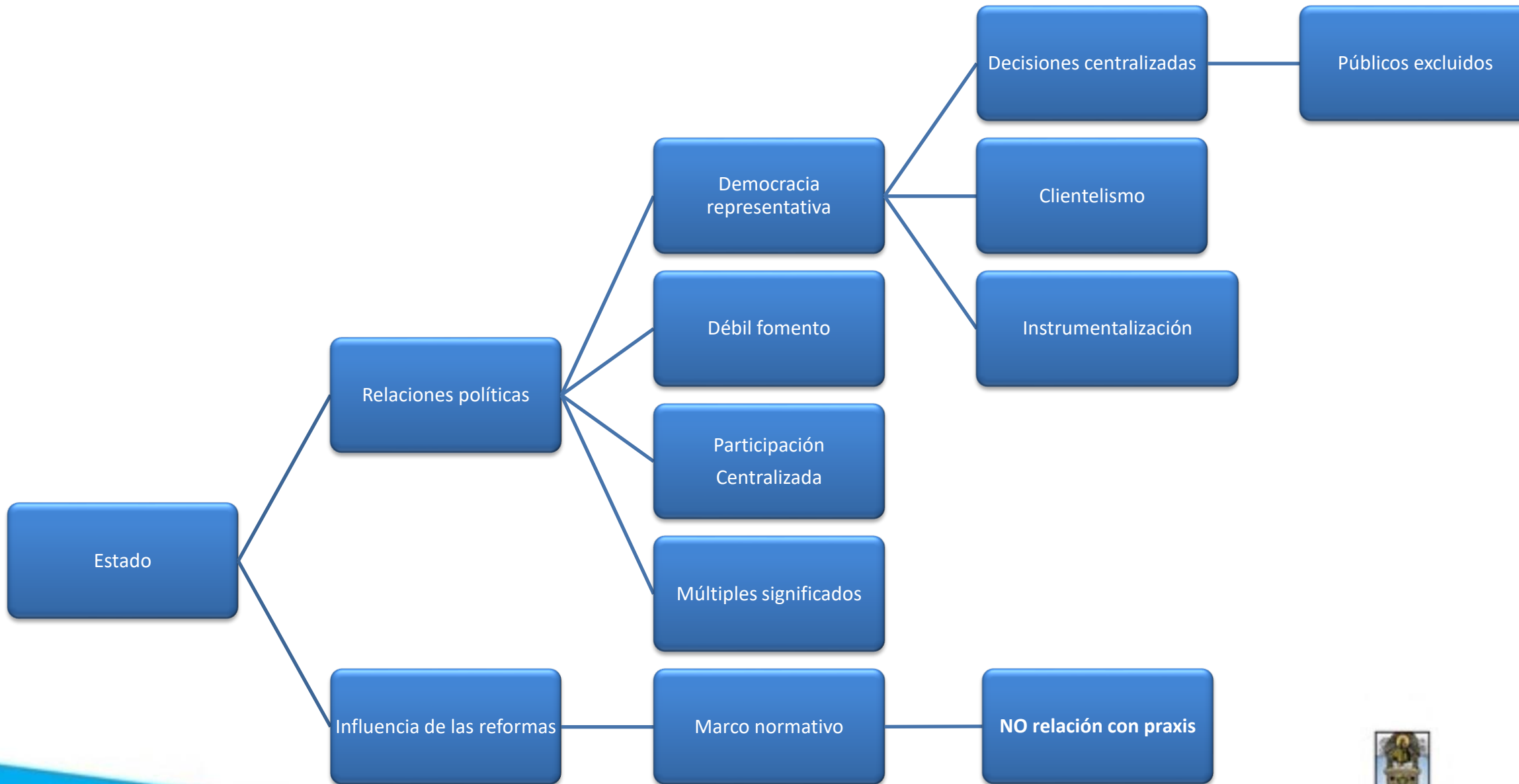


- **El médico (a) general que valora el paciente en los servicios de urgencias, consulta externa o consulta prioritaria, determina según el estado clínico del paciente la necesidad de consultar de manera urgente con un médico especialista.**
- La EPS a la que está afiliado el paciente y la IPS donde está recibiendo la atención son responsables de la remisión y el traslado de manera adecuado hasta el servicio requerido.



# Relación Estado - Sociedad civil



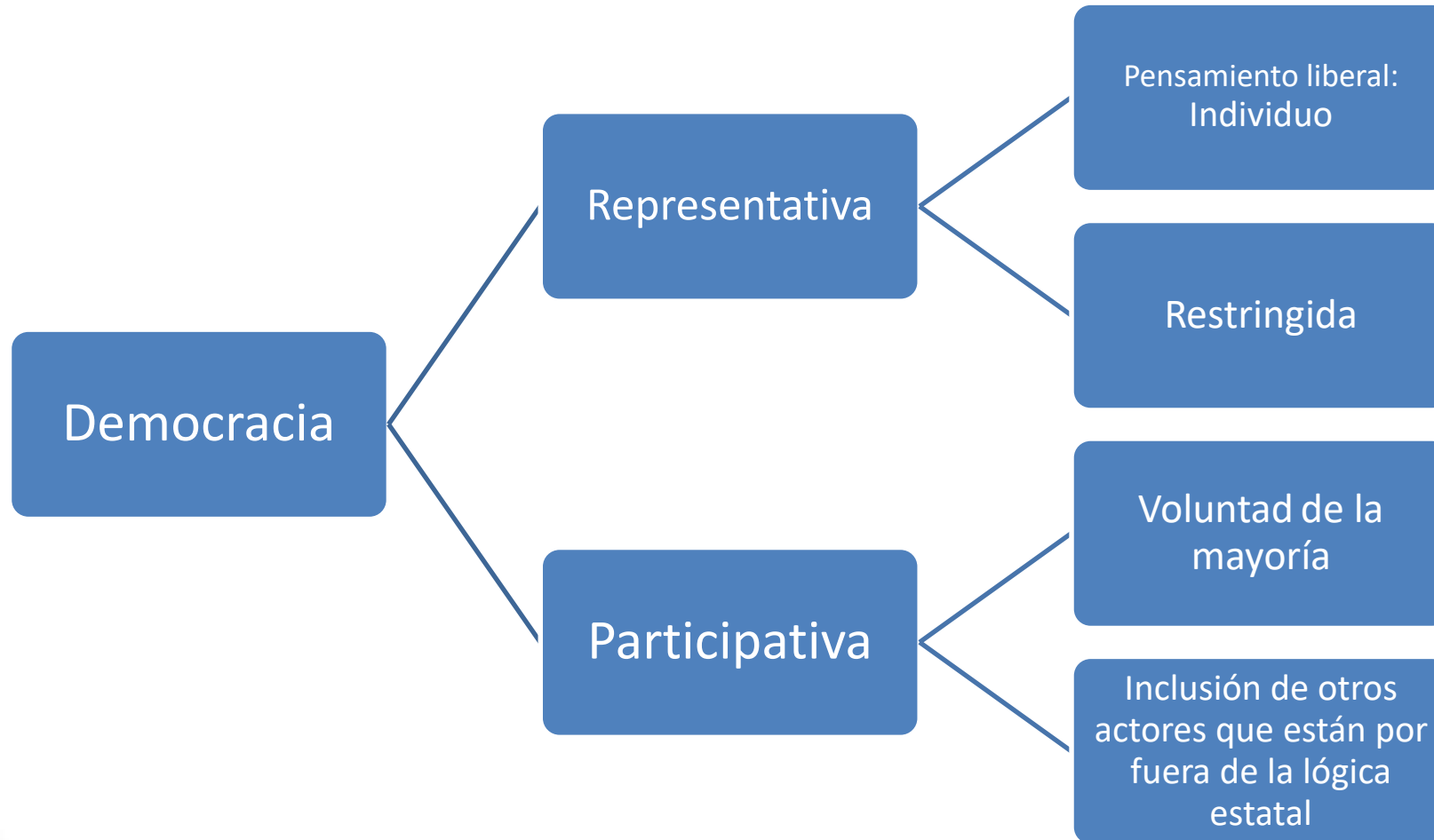


# ESTADO – SOCIEDAD CIVIL

AUTOR	CONCEPTO	
Maquiavelo	Estado	Sistema de gobierno – orden social
Weber		
Lechner	Sociedad Civil	Limitar el exceso del poder Estatal por la vía de los derechos humanos
Bobbio.	Relación Sociedad civil	Oposición a las reglas de mercado y surgimiento de nuevas acciones colectivas. Solidaridad y cultura.
Bonamoussa	Fortalecimiento de la Sociedad Civil	Sociocentrica – EstadoCentrica – Desde lo público.



# Democracia.

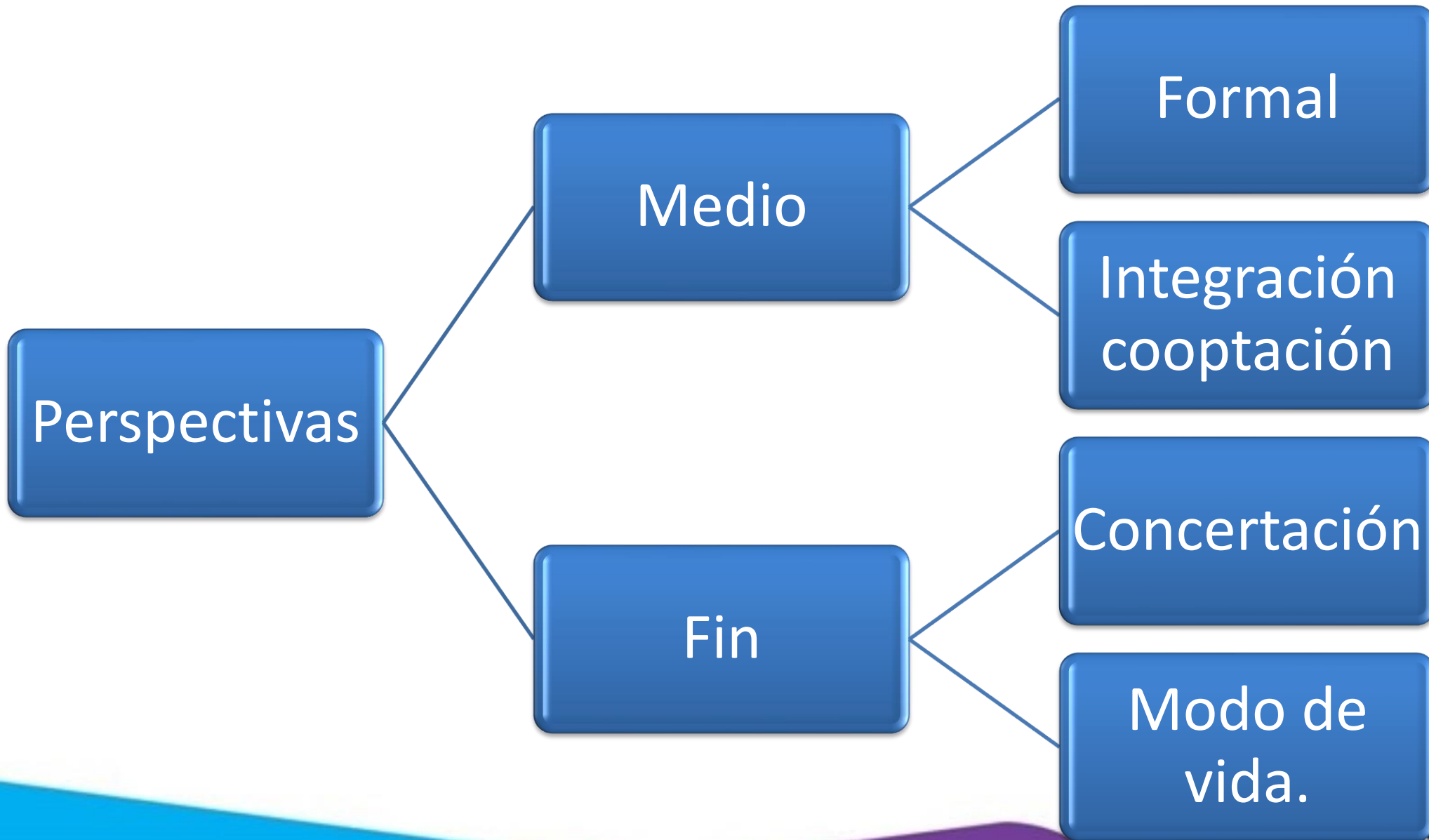


# Participación.

- Derecho político.
- «Un **proceso social** que resulta de la **acción intencionada de actores y grupos en la búsqueda de metas específicas** en función de **intereses diversos**, en el contexto de tramas de **relaciones sociales y de poder**. Además, la participación no busca necesariamente integrarse en lo social a una cultura dominante, ni influir en las políticas públicas». (Velázquez y González, 2003)













# ESPECTRO DE LA PARTICIPACIÓN

	 <b>Creciente participación</b> 				
Niveles	<i>Informar</i>	<i>Consultar</i>	<i>Involucrar</i>	<i>Colaborar</i>	<i>Empoderar</i>
Objetivo	Proveer a la ciudadanía con informaciones	Recibir el feedback de la ciudadanía	Trabajar juntos para asegurar que sus intereses sean considerados	Convertirse en socios en cada paso del proceso	Delegar la preparación de una decisión en la ciudadanía
Promesa implícita	"Vamos a mantener informado"	Escucharemos e informaremos de cómo sus observaciones han sido consideradas	Sus intereses se verán reflejados en la decisión	Ustedes son parte del proceso y procuraremos incorporar todas sus propuestas	Implementaremos lo que ustedes decidan

FUENTE: Curso Desarrollo Local. CLAEH. Docente Erik Salas. Basado en [www.iap2.org](http://www.iap2.org)



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

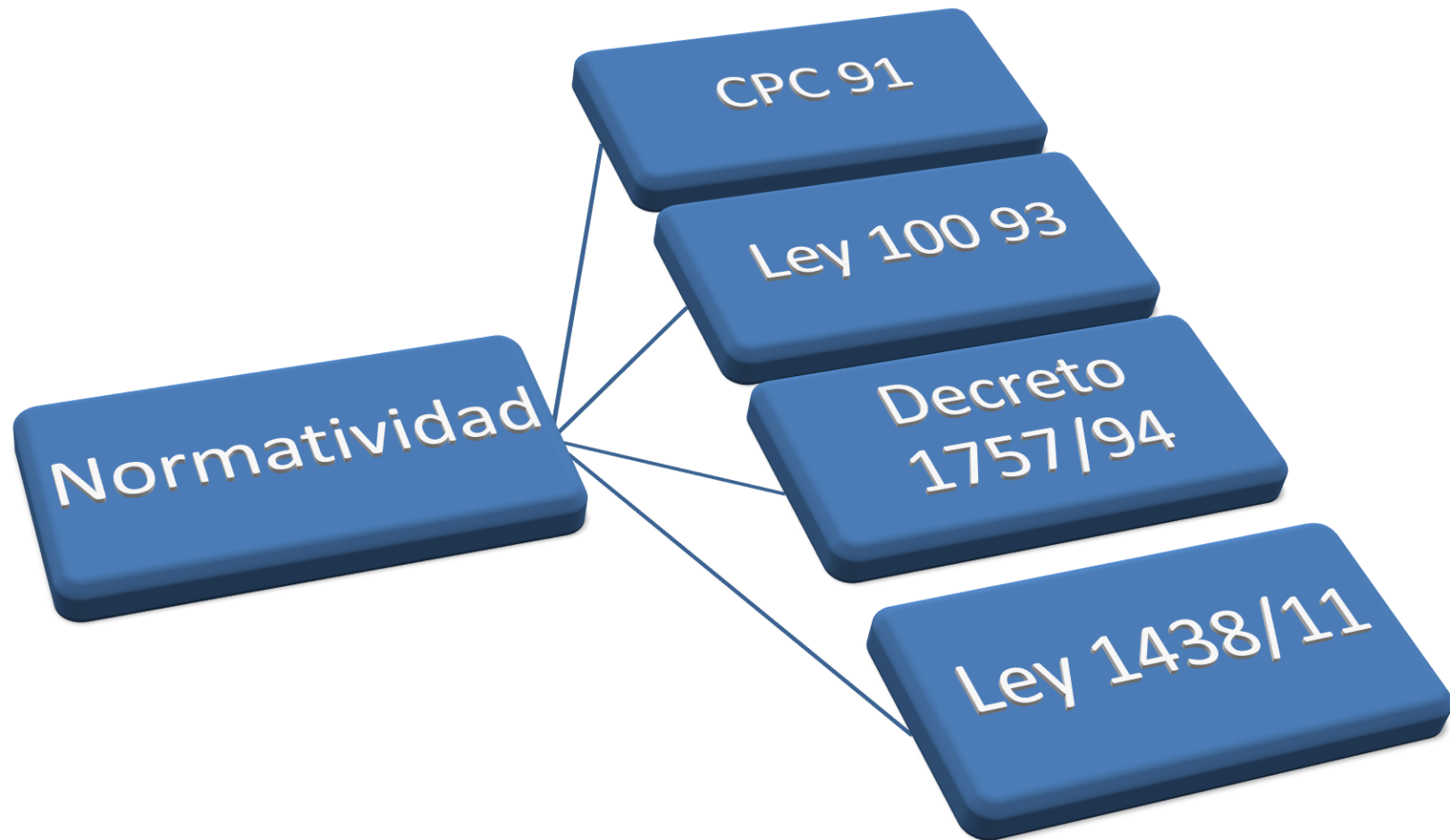
# MARCO NORMATIVO



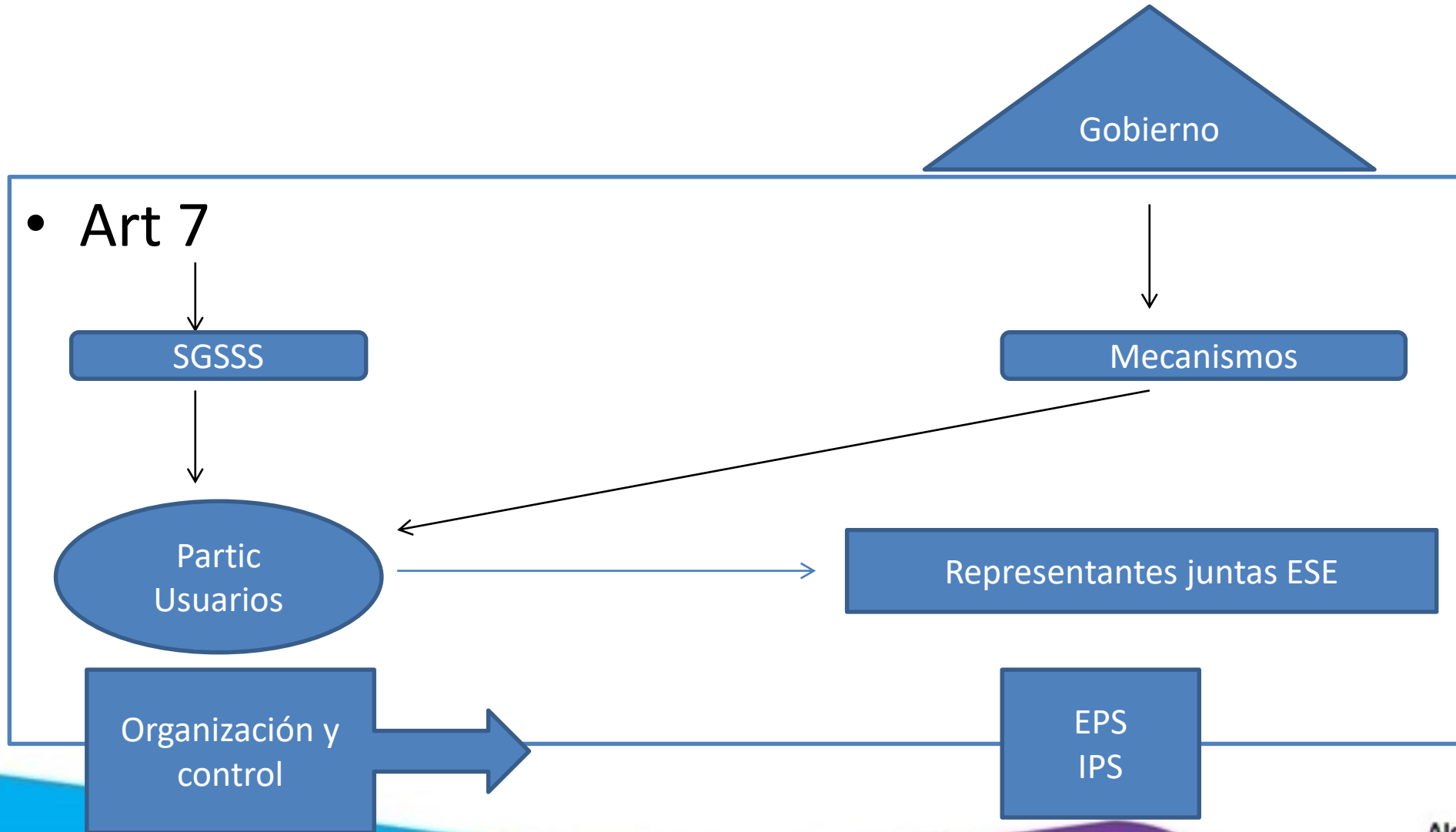
# Bloque de constitucionalidad

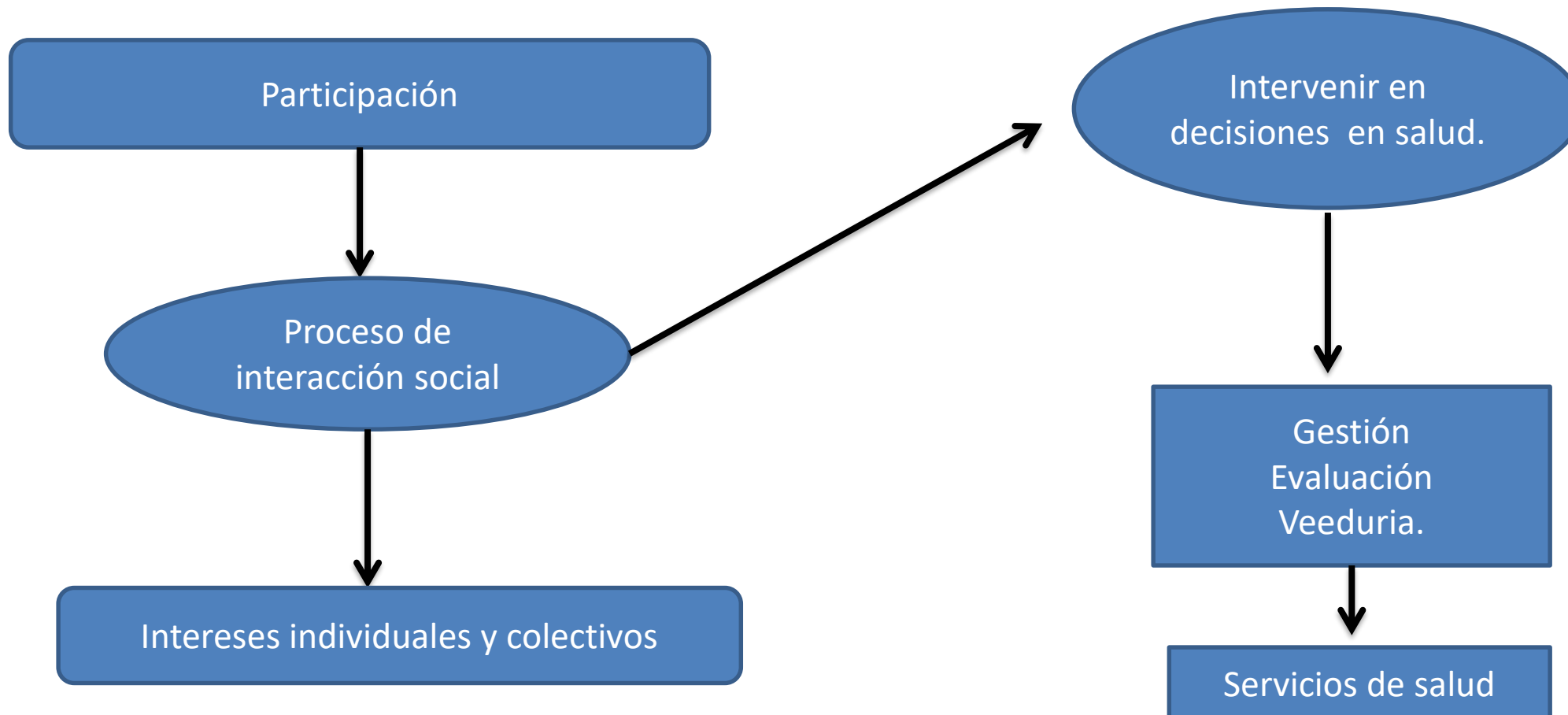
- Declaración de derechos humanos.
- PIDESC – Observación general 14.
- Objetivos del Milenio.
- Cartas y conferencias de promoción de la salud.
- Conferencia del Cairo.
- Constitución Política de Colombia. Art 2 – Art 270
- CONPES 147 de 2012
- Ley 100 de 1993. Art 7
- Ley 850 de 2003.
- Ley 1438 de 2011. Art 12, 13, 136, 139.
- Ley 1616 de 2013.
- Decreto 1757 de 1994.
- Decreto 3039 de 2007
- PDSP
- Ley Estatutaria 1757 de 2017





# Ley 100/93.





Decreto 1757...

«es el proceso de **interacción social** para **intervenir en las decisiones** en salud, respondiendo a intereses individuales y colectivos en las decisiones de **implantación, gestión, evaluación y veeduría de los servicios de salud**».



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

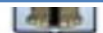


## Asociaciones de Usuarios

Son agrupaciones de afiliados del régimen contributivo y subsidiado del SGSSS, que velan por la calidad del servicio y la defensa del usuario ante las IPS y ante las EPS.

Las IPS, las EPS y las ESE deben convocar a todos los afiliados que hayan hecho uso de sus servicios, para la constitución de la asociación de usuarios.  
Se realiza en una asamblea en la cual se forman comités de trabajo para las diferentes funciones y representantes ante los diferentes órganos del SGSSS, como la Junta Directiva de la EPS, el COPACO, Junta Directiva de IPS, Comité de Ética Hospitalaria.

- Defender los derechos de los usuarios.
- Asesorar a sus asociados en la libre elección de EPS, IPS y profesionales
- Asesorar a los usuarios sobre el POS.
- Participar en la Junta directiva de las EPS
- Vigilar la calidad del servicio, los cobros.
- Proponer medidas para mejorar el servicio.
- Atender quejas de los afiliados.



## Asociación de pacientes

Son grupos de personas naturales o jurídicas que comparten una patología, afiliadas a la misma o diferentes EPS que reciben los servicios de salud en una o varias IPS. Pueden organizarse en cualquier forma asociativa, sin ánimo de lucro.

Se convocan a asambleas de ciudadanos, se deciden estatutos y se crea la asociación de pacientes. Si están conformadas por personas naturales, se registran ante el Ministerio de Salud. En caso de que sean personas jurídicas, su registro se hará ante la Cámara de Comercio.

- Realizar campañas y estrategias de información sobre la enfermedad y su tratamiento.
- Realizar campañas y estrategias de educación para la prevención de la enfermedad.
- Promover proyectos de investigación.
- Difusión sobre derechos y deberes de los pacientes.
- Asistencia y programas de autoayuda.
- Presentar solicitudes, quejas, sugerencias y demás a los órganos competentes, buscando siempre mejorar la atención del paciente.



## Comités de Ética Hospitalaria

Son grupos interdisciplinarios que se ocupan de las consultas, estudio, consejo y docencia frente a los dilemas éticos que surgen en la práctica de la atención médica hospitalaria. Debe existir en todas las IPS

- El director de la IPS o su delegado.
- Un (1) representante del equipo médico y un (1) representante del personal de enfermería.
- Dos (2) representantes de la Asociación de Usuarios de la IPS.
- Dos (2) delegados elegidos por y entre los representantes de las organizaciones de la comunidad, que formen parte de los Comités de Participación .

- Divulgar los derechos y deberes en salud.
- Velar para hacer cumplir los derechos y deberes en forma ágil y oportuna.
- Proponer medidas para mejorar la oportunidad y calidad técnica y humana de los servicios de salud.
- Atender y canalizar las veedurías sobre calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud.
- Atender y canalizar las inquietudes y demandas sobre prestación de servicios de la respectiva institución, por violación de los derechos y deberes ciudadanos en salud.
- Reunirse como mínimo una vez al mes y extraordinariamente cuando las circunstancias así lo requieran.



# Decreto ley 1298.

## Consejos territoriales de salud.

- Instancia **asesora** en la planeación de **políticas públicas** definidas por el ente regulador.



# Decreto 3039 de 2007

- Se debe **vincular a la población** en la **toma de decisiones** para tener en cuenta las **necesidades** sentidas para **incorporarlas** a la planeación de los entes territoriales.



# Ley 1416 de 1990.

## COPACO:

- Es un espacio a nivel del ente territorial que busca apoyar la planeación y la gestión del gasto en salud.



## COPACOS

Comités compuesto por varias instituciones que funcionan a nivel municipal.

- Alcalde
- Director municipal de salud
- Representante por las organizaciones en salud
- Representante de organizaciones veredales o barriales
- Junta administradora Local
- Sector educativo
- Iglesia

- Vigila y controla el uso adecuado de los recursos en el SGSSS
- Participa en el proceso de diagnóstico y priorización de necesidades
- Participa en el proceso de evaluación de servicios de salud
- Presenta proyectos en salud
- Comunica a la comunidad la decisiones del comité

# Ley 1438 de 2011.

- Retoma la **APS** y postula la **participación social como un elemento que posibilita la consolidación de la estrategia de APS.**
- Promueve la participación social en la elaboración de planes decenales.
- Art 130: **Se debe elaborar una política nacional de participación, para fortalecer la capacidad de la ciudadanía.**





# Ley 850- Veeduría.

## Mecanismos de acción:

Derechos de petición.

- La **información solicitada** por las veedurías es de **obligatoria respuesta**.
- Las redes se inscriben ante la cámara de comercio.
- La red de apoyo, la conforman: la Procuraduría, Contraloría y la Defensoría del Pueblo.



# Veeduría

Es una forma de control social en salud, que debe ser ejercida a nivel ciudadano, institucional y comunitario, con el fin de vigilar la gestión pública de las entidades e instituciones que hacen parte del SGSSS .

Todos los ciudadanos en forma plural o a través de organizaciones civiles como: organizaciones comunitarias, profesionales, juveniles, sindicales, benéficas o de utilidad común, no gubernamentales, sin ánimo de lucro y constituidas pueden conformarlas.

- Contribuir a una gestión adecuada de los organismos de salud.
- Fomentar el compromiso de la colectividad en los programas e iniciativas en salud.
- Velar por la utilización adecuada de los recursos.
- Coordinar con todas las instancias de vigilancia y control, la aplicación efectiva de las normas y velar por el cumplimiento de las mismas.
- Impulsar las veedurías como un mecanismo de educación para la participación.
- Vigilar lo relacionado con adquisición y entrega
- permanente y oportuna de medicamentos,
- procedimientos y medios diagnósticos.
- Servir de control a la corrupción.
- Evitar abusos de poder.



- **DAFP:** Metodologías para facilitar la vigilancia.
- **ESAP:** Capacitación.
- **El Fondo de Desarrollo Comunal y la Participación, adscrito al Ministerio del Interior:** Fomento y evaluación a las actividades de las veedurías.
- **Consejo Nacional de Apoyo a las veedurías ciudadanas.**



# Participación comunitaria en salud

## Definición

- La comunidad es el conjunto de personas que comparten características en común, como el lugar o territorio donde se ubican, las necesidades, los recursos, etc. La participación comunitaria es el proceso mediante el cual las personas y la comunidad, partiendo de sus necesidades transforman su realidad.



- La Conferencia de Alma Ata en 1978 define la participación comunitaria en salud como ***“El proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y el comunitario.***
- *Llegan a conocer mejor su propia situación e incentivos para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de ser beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo”*



# Participación social para la salud

- La participación social como clave en la promoción de la salud emancipadora. (Chapela 2013)
- Ottawa y demás conferencias:
- Habilidades y capacidades para la transformación del entorno para la resolución de sus problemas.
- Visión de Estado.
- Disminución de inequidades.



**MUCHAS GRACIAS...**

