

**APLICACIÓN DE LA JUSTICIA SANITARIA, MEDIANTE LA CREACIÓN DEL  
SEGURO OBLIGATORIO “SOAPU” PARA ERRADICAR EL PASEO DE LA  
MUERTE EN COLOMBIA**

CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ

UNIVERSIDAD EL BOSQUE  
DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA  
MAESTRIA DE BIOÉTICA  
BOGOTÁ, D.C.

2007

**APLICACIÓN DE LA JUSTICIA SANITARIA, MEDIANTE LA CREACIÓN DEL  
SEGURO OBLIGATORIO “SOAPU” PARA ERRADICAR EL PASEO DE LA  
MUERTE EN COLOMBIA**

CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ

Trabajo de grado para optar por el título de  
Maestría en Bioética

Directora

DOCTORA YOLANDA SARMIENTO

UNIVERSIDAD EL BOSQUE  
DEPARTAMENTO DE BIOETICA  
MAESTRIA DE BIOETICA  
BOGOTÁ, D.C.

## RESUMEN

El paseo de la muerte es un concepto que representa la falta de atención en los servicios de urgencias de los hospitales colombianos, lo que se traduce en condenar a muerte, por falta de atención, a las personas que incumplen con algún requisito administrativo o no cuentan con los recursos económicos necesarios. Es permanente ver y escuchar anunciar en los periódicos, noticieros y emisoras de radio como mueren cada día un sin número de personas, sin importar género, edad, raza o credo, porque la indolencia del sistema y la tramitomanía los conduce a ser víctimas de este mal.

Combinando los principios fundamentales de la Bioética con la Ingeniería Industrial de procesos, se propone crear un seguro llamado SOAPU, el cual debe garantizar totalmente la prestación del servicio de urgencias, sin importar que el usuario cumpla con los requisitos administrativos, tenga dinero, pertenezca a algún régimen de salud, se encuentre en su ciudad de origen, o incumpla alguna condición de las que exigen las clínicas u hospitales donde requiere el servicio. En las condiciones actuales, cuando existe alguna restricción, el paciente es rechazado porque el hospital no tiene a quien cobrarle el servicio, obligando a que el usuario visite varios centros asistenciales, encontrando la muerte mientras se desplaza. Este hecho ha generado una imagen negativa de los médicos y de las clínicas, puesto que la familia siempre culpa al médico o a la institución por no atender al afectado.

Al comenzar a operar el SOAPU, toda persona será atendida sin restricción, debido a que si el paciente no cumple los requisitos, el hospital podrá recobrar de manera directa sobre una póliza de seguros. De esta manera, se invierte el flujo del proceso actual, es decir primero se atiende al paciente y después se efectúan los trámites. Con este proyecto se lograrán evitar muchas muertes por indolencia y tramitomanía y se garantizará que el médico pueda cumplir libremente con su función, que el paciente tenga acceso al servicio y que si su muerte ocurre, sea por factores estrictamente clínicos y no por efectos burocráticos o ineficiencia del sistema.

Así se logran honrar los principios de la Bioética y combinarla con la Ingeniería para ofrecer una solución real a un problema que afecta la calidad de vida en los países del tercer mundo como Colombia.

## ABSTRACT

The dead trip it's a concept that represents the attention absence on the emergency services at Colombian hospitals, what heads to the death penalty people that doesn't fulfill the administrative requirements or doesn't have enough economic resources. Very often you can see or hear on the news (radio, tv, newspapers) how a lot of persons die, no matter age, gender, race or creed, because the system painless and bureaucracy head them to become victims of this scourge.

Blending the Bioethics principles with the Industrial Process Engineering, I offer the creation of an insurance called SOAPU, it should guarantee the emergency services, no matter if the user accomplish the administrative requirements, have the money, belong to a health service, be on its origin city or doesn't fill any of the regulations required by the clinics or hospitals where the person need the services. Actually, when any restriction exist, the patient is rejected because the hospital does not have nobody to be charged for the service, making the patient visit various health centers, meeting the dead while is moving between centers.

These facts have generated a negative image of the clinics and doctors, because the family always blames the doctor or the clinic for not taking care of the sick person.

At the SOAPU's operation start, any person would be attended with no restriction, if the patient does not fulfill the requirements, the hospital could recover directly from the insurance.

By this way, the actual process flow gets inverted, first take care of the patient and after take care of the bureaucracy. With these project will avoid a lot of deaths by painless and bureaucracy and will guarantee that the doctor can freely make its function, that the patient have access to the service and in case of death just be by clinical factors and not by bureaucracy effects or system inefficiency.

On this way honor the Bioethics principles and blend it with Engineering to offer a real solution to this problem that affects the life quality in third world countries like Colombia.

### **ADVERTENCIA:**

La Universidad del Bosque, no se hace responsable de las opiniones y conceptos expresados por el autor en su respectivo trabajo de grado; solo vela porque no se publique nada contrario al dogma ni a la moral católica y por que el trabajo no contenga ataques personales y únicamente solo se vea en el anhelo de buscar la verdad científica.

**Nota de Aceptación:**

---

---

---

---

---

---

---

**Firma del presidente del jurado**

---

**Firma del jurado**

---

**Firma del jurado**

**Bogotá D.C., 7 de Abril de 2008**

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Doctora Yolanda Sarmiento por su sabio direccionamiento y orientación, hecho que permitió concretar una idea, que desde la rigidez de la ingeniería se convirtió en una realidad Bioética.

Al Doctor Jaime Escobar Triana por sus aportes fundamentales y su guía para poder interpretar en el campo de la Bioética la ingeniería de procesos.

A la Doctora. Chantal Aristizabal por conducirme de la ingeniería a la Bioética, con la paciencia y objetividad que ameritaba el tema.

A mi esposa y a mis hijos por la colaboración y comprensión, por el tiempo que les deje de dedicar en los fines de semana.

Al Doctor Hernando Ospina por haber facilitado la información de la clínica Chía y haberse convertido en un tutor permanente para el diseño del proyecto.

A los ingenieros industriales Omar Ricardo Bermúdez, Fernando Naranjo y Cesar Montañez, quienes contribuyeron con el levantamiento de procesos y la aplicación de la ingeniería industrial.

A mis colaboradores cercanos por su apoyo logístico y operativo durante la ejecución del proyecto.

Finalmente, agradezco a todas las personas que me apoyaron directamente para llevar a cabo el proyecto.

...Para qué sirven tantos cartones juntos y tanta sabiduría, si en Colombia se muere un niño en un hospital público porque su mamá no tiene USD14 para ser atendido en un servicio de urgencias.

**EL AUTOR**

A Dios,  
a Margoth quien desde el cielo me cuida y me inspira,  
a María Azucena por su apoyo, comprensión y dedicación,  
a Ana María, Eduardo y Andrés por motivar la ejecución de este proyecto,  
y a Pacho por su apoyo.

**CARLOS EDUARDO.**

## INTRODUCCIÓN

Cada fin de semana cuando avanzaba mi proceso de capacitación y evolución en la maestría, me puse a pensar de qué manera se podía evitar que el mal llamado **Paseo de la Muerte**, se siguiera campeando, de manera infame, por las salas de urgencias de los hospitales llevando la muerte a la población vulnerable.

Mi reflexión inicial fue **¿Para qué tantos cartones juntos, para qué tantos sabios?** Si la gente humilde se sigue muriendo y su muerte no deja de ser más que otra noticia, dentro del mar de informaciones sobre crímenes, matanzas y masacres.

Entonces me dije, ¿Será que hay alguna posibilidad de que combinando mis conocimientos en Ingeniería de procesos y la sabiduría y sensibilidad que me ha despertado mi maestría en Bioética, yo pueda ofrecer alguna solución para el país?

Mi primera dificultad fue y **¿Cómo aplico la Bioética?** Al hacer esta reflexión encontré que su aplicación era de por lo menos el 75%. ¿Cuáles de los principios de la Bioética se cumplen? Considero que por lo menos los tres siguientes. La beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Veamos por qué:

- Es justo que en Colombia no exista un mecanismo que evite que las personas se mueran en los servicios de urgencias, en la mayoría de casos por trámites burocráticos y administrativos.
- Se justifica que los médicos y las IPS sean estigmatizados como entes deshumanizados a los que no les importa la vida de las personas sino la parte económica.
- Tiene sentido que una clínica atienda un paciente en urgencias cuando no tiene certeza de que alguien responda por el costo del tratamiento

Adicionalmente me acordé de los planteamientos de la mayoría de autores como el Dr. Jaime Escobar Triana, Gilbert Hottois, Mary Warnock y fundamentalmente Amartya Sen quien con sus reflexiones sobre la responsabilidad del Estado y el compromiso que debe surgir desde la ciudadanía, en el tema de la salud, me llevaron a pensar en una propuesta que solucione de raíz esa condena a morir, por el mal llamado el Paseo de la Muerte.

De los planteamientos de A. Senn, me apoyo en sus conceptos sobre la gestión en salud de una sociedad, según los cuales indica que por un lado van el Estado, y las Empresas Privadas de Salud y que juntas están sobre una sociedad en la cual se debe generar equilibrio. Suena armonioso el concepto, pero cuando vemos que ese equilibrio depende de un plástico vigente, emitido por una entidad de salud, y que la gente se sigue muriendo en las puertas de Urgencias, se me

ocurrió crear la figura de un Seguro Obligatorio Para la Atención de Pacientes en Urgencias denominado **SOAPU**.

Busco con el proyecto diseñar y crear un seguro obligatorio, que garantice la atención de pacientes en urgencias, como una alternativa para eliminar el “Paseo de la Muerte en Colombia”, combinando los principios de la Bioética con la Ingeniería de procesos.

Para lograr cumplir este objetivo, se requiere definir el proceso operativo y jurídico requerido para la creación del seguro que proteja a los pacientes a quienes se les niega el servicio, registrar y documentar las actividades que conforman el proceso del SOAPU<sup>1</sup>, definir la interacción del usuario, las IPS, las EPS, las ARS, FASECOLDA, y el FOSYGA, establecer los beneficios a que el usuario tiene derecho, a través del Seguro obligatorio para atención de pacientes en urgencias, construir los Indicadores claves de éxito que permitan medir y calificar el Sistema SOAPU, y finalmente evaluar financieramente el proyecto.

Para la misma época me encuentro, en una capacitación que estaba ofreciendo en la Cámara de Comercio de Zipaquirá, con el dueño de la Clínica Chía Dr. Hernando Ospina, a quien le comento la inquietud y me ofrece la posibilidad de apoyarme en los datos del servicio de urgencias de su clínica, para que conjuntamente podamos buscar una solución a un problema que preocupa al cuerpo médico.

Adicionalmente y en mi calidad de director de proyectos de grado recibo un grupo de estudiantes que me pregunta ¿Ingeniero no sabemos qué hacer de proyecto de grado? En ese momento les invito a que me ayuden a desarrollar mi proyecto y es así como conformamos un equipo integral entre la Industria médica, la academia y la ciudadanía para llevar a cabo el proyecto **SOAPU**.

De esta manera me sitúo al frente de mi idea y con los tres estudiantes de Ingeniería Industrial Omar Bermúdez, Fernando Naranjo y Cesar Montañez y el director de la Clínica Chía, desarrollamos el contenido del proyecto, para evitar que en Colombia se siga presentando “El Paseo de la Muerte”.

Este proyecto será entregado a una de las nuevas Representantes a la Cámara, quien lo conoce y me ha ofrecido toda la ayuda para llevarlo a cabo y buscar así construir país, ofrecer una solución desde la Bioética a un problema tan complejo y así lograr uno de mis principales sueños, el cual es buscar que así como tenemos derecho a **morir Dignamente**, antes de morir recibamos una **atención igualmente Digna**.

---

<sup>1</sup> **SOAPU**: Seguro Obligatorio para la Atención de Pacientes en Urgencias.

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
<b>1 GENERALIDADES</b>	<b>3</b>
1.1 CONCEPTO PASEO DE LA MUERTE	3
1.2 ¿POR QUÉ OCURRE EL PASEO DE LA MUERTE?	3
1.3 MOTIVO DE INSPIRACIÓN DE LA PROPUESTA.	4
1.4 PROPUESTA	5
1.5 IMPACTO SOCIO ECONÓMICO	6
1.5.1 Beneficiarios	6
1.5.2 Financiación	6
1.5.3 Responsabilidad Social	6
1.6 OTRAS CAUSAS	6
<b>2 INTERPRETACION DE NORMATIVIDAD VIGENTE</b>	<b>7</b>
2.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991	7
2.2 LEY 10 de 1990	7
2.3 LEY 100 de 1993	7
2.4 LEY 1122 de 2007	8
2.5 ESTUDIO LEGAL DEL SOAT	8
<b>3 LA ATENCIÓN DE URGENCIAS EN COLOMBIA Y SU CONTEXTO BIOÉTICO</b>	
3.1 LA BIOÉTICA Y SUS PRINCIPIOS EN EL MARCO DE LA JUSTICIA SANITARIA	12
3.1.1 Definición de Bioética.	12
3.1.2 Principios.	13
3.2. JUSTICIA SANITARIA	14
3.2.1 Principio Deontológico Para entender un sistema justo del servicio de salud.	15
3.2.1.1 Igualdad social	15
3.2.1.2 Bienestar colectivo.	16
3.2.1.3 Proporcionalidad Natural	17
3.2.1.4 Libertad Contractual.	17
3.2.2 Principio Teleológico Asignación de recursos escasos	18
3.3. ÉTICA, ECONOMÍA Y EFICIENCIA	21
3.4 LIMITACIÓN EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD	22
3.5 LA ATENCIÓN DE URGENCIAS EN COLOMBIA	24
3.6 ANÁLISIS DE CASOS DISPONIBLES	26
3.7 ACCIONES PARA MEJORAR EL SERVICIO	29
3.7.1 “Reestructuración Hospitalaria evita el desgüeño de lo público	29
3.7.2. Iniciativa conjunta de 200 Instituciones Prestadoras de Salud para mejorar Atención de Urgencias	30

<b>4</b>	<b>PROPUESTA PARA LA CREACIÓN DEL SOAPU</b>	
4.1	PERCEPCIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN LOS USUARIOS	33
4.2	EVALUACIÓN DEL MERCADO	36
4.2.1.	Elementos del SGSSS	37
4.2.2.	Régimen Contributivo	38
4.2.3.	Régimen Subsidiado	39
4.2.4.	Oferta IPS	40
4.2.5.	Demanda	42
4.2.6.	Número potencial de usuarios	47
4.2.7.	Población vulnerable	48
4.3.	DISEÑO DEL SEGURO SOAPU	48
4.3.1.	Metodología	49
4.3.2.	Elementos involucrados dentro del proceso	52
4.4.	Registro de información	54
4.5.	DIAGNÓSTICO	55
4.5.1.	Técnica de Interrogatorio y Oportunidades de mejora	55
4.5.2.	Consulta sobre el SOAPU	57
4.5.3.	Beneficios generados para el usuario por el SOAPU	58
4.5.4.	Operación del SOAPU	59
4.5.5.	Categorías del SOAPU	64
4.5.6.	Precio	65
4.6.	EVALUACIÓN FINANCIERA	65
4.6.1.	Escenario Económico Adecuado para los agentes involucrados	66
4.6.2.	Impacto Financiero de la Creación del SOAPU	67
4.6.2.1.	Ingresos	67
4.6.2.2.	Gastos	68
4.6.2.3.	Evaluación Económica por Escenarios	72
<b>5.</b>	<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>	<b>73</b>
5.1.	DEFINICIÓN	73
5.2.	METODOLOGÍA	73
5.3.	OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS	74

**CONCLUSIONES**  
**RECOMENDACIONES**  
**BIBLIOGRAFÍA**

## NOTA ACLARATORIA

El diseño, concepción, idea original y alternativa de solución de este proyecto, son autoría del Ingeniero Industrial Carlos Eduardo Navarrete Sánchez, quien para llevarlo a cabo ejecuto los siguientes pasos:

- 1 **Concepción de la idea;** La idea nace a comienzos del año 2005, como una reflexión del autor, a la crítica situación que diariamente aparecía en los diarios del país, reflejando una indolencia total del sistema de salud.
- 2 **Maduración de la idea;** La idea se consolida en el segundo semestre del 2005, cuando comienzo la maestría en Bioética y encuentro que es la mejor forma de combinar mis conocimientos de ingeniería de procesos con los principios fundamentales de la Bioética.
- 3 **Trabajo de Ingeniería de Campo;** como una feliz coincidencia para facilitar la ejecución del trabajo, aparecen los estudiantes de ingeniería industrial Omar Ricardo Bermúdez Polania, Fernando Javier Naranjo Barbosa y Cesar Augusto Montañez Espitia, quienes no tienen tema para su proyecto de grado y me solicitan, que les ayude con un tema útil y novedoso.
- 4 **Ejecución del trabajo de campo;** considerando que la ingeniería de procesos, requiere demasiado trabajo administrativo y operativo, conformamos un grupo de trabajo entre los tres estudiantes y el autor de este proyecto. Así conformamos un equipo de cuatro (4) personas que bajo mi liderazgo se encargo de desarrollar la propuesta de ingeniería para el Seguro SOAPU.
- 5 **Primera Fase del proyecto;** Por gestión del autor del proyecto, se establecieron contactos importantes como el del director y fundador y director de la clínica de chia Dr. Hernando Ospina, quien nos facilita toda la información e infraestructura de su clínica para poder ejecutar el proyecto. Adicionalmente, se establecieron contactos con el ministerio de protección social a través del delegado de la presidencia de la republica Dr. Federico Arango, entre otros. Por otra parte se expuso verbalmente el proyecto ante la senadora Marta Lucia Ramírez y el representante a la cámara David Luna, quienes están pendientes a la entrega del proyecto para convertirlo en un proyecto de ley.
- 6 **Segunda Fase del proyecto;** con el grupo de estudiantes y en la condición de coautores, se desarrolló de manera conjunta la parte operativa, administrativa, comercial, financiera, de calidad bajo la norma ISO y de medición del impacto a través del Balanced Score Card.

- 7 **Presentación en la Maestría de Bioética;** desde finales del segundo semestre del 2005 y durante todo el año 2006, presenté ante la dirección de la maestría el anteproyecto de grado, explicando como se estaba trabajando con el grupo de coautores y como seria integrado el proyecto, dentro de mi maestría. Adicionalmente, el proyecto no contaba hasta ese momento con los componentes bioéticos, los cuales se iban adicionando en la medida que evolucionaba mi formación académica, con el referente bioético.
- 8 **Presentación del documento borrador para optar al titulo de maestría;** Apoyado en el trabajo que realicé de manera conjunta con los tres (3) estudiantes, con mi aporte en ingeniería de procesos y complementando e integrando la bioética, presenté el documento correspondiente, el cual se denominará a partir de la fecha **Aplicación de la justicia sanitaria, mediante la creación del seguro obligatorio SOAPU para erradicar el paseo de la muerte en Colombia.** Este titulo fue modificado con aprobación de la Directora del proyecto Dra. Yolanda Sarmiento.
- 9 **Correcciones;** El día cuatro (4) de diciembre recibí un documento que contienen veintitrés (23) observaciones, firmado por el Dr. Jaime Escobar Triana, las cuales deben ser corregidas y entregadas entre la semana del 10-14 de Diciembre 2007. Para su evaluación y asignación de jurados.
- 10 **Equipo de Trabajo;** Al citar las fuentes en los cuadros, gráficos ó figuras, cuando se mencione el equipo de trabajo se hace referencia a Carlos E. Navarrete S, generador de la idea, y a los estudiantes Omar Ricardo Bermúdez, Fernando Naranjo y Cesar Montañez, coautores en el trabajo de campo de Ingeniería.

# 1 GENERALIDADES

## 1.1 CONCEPTO DEL PASEO DE LA MUERTE

Además de las masacres y las muertes, que de todo tipo ocurren en Colombia, las muertes por no atención en Urgencias se han bautizado de manera infame como **“El Paseo de la Muerte”**. Este vocablo se volvió término común para los colombianos en los últimos meses, hasta el punto de obligar a las autoridades a especular en programas que buscan sancionar a los médicos y clínicas que no atiendan a pacientes en los servicios de urgencias, no obstante las personas se siguen muriendo sin que nadie haga nada concreto.

Vale la pena aclarar que el vocablo “Paseo de la Muerte” cubre cuatro frentes, es decir:

- Formulación de medicamentos.
- Programación de cirugías.
- Interconsultas de especialistas.
- Atención en urgencias.

Para efectos de este proyecto me voy a centrar en el tema de la atención en urgencias dado que es el más crítico porque, de él depende la vida del paciente y porque termina incluyendo las tres anteriores en los casos extremos.

## 1.2 ¿POR QUÉ OCURRE EL PASEO DE LA MUERTE?

Con base en el trabajo de campo desarrollado, considerando las discusiones durante la maestría, y analizando los casos en los que se incurre en esta práctica macabra, puedo concluir que el paseo de la muerte ocurre por los siguientes argumentos:

- Por que la persona no tiene ningún tipo de cobertura, a pesar de que la legislación colombiana y La Constitución Política garantizan, teóricamente, la prestación del servicio de salud, a través del régimen contributivo y subsidiado.
- Porque las empresas no cancelan de manera oportuna los aportes, lo que genera que la EPS no autorice la prestación del servicio de urgencias.
- Porque a pesar de que la empresa o el afiliado hayan cotizado a la EPS, ésta, no tenga actualizada la información y el afiliado aparezca en estado de mora.
- Porque el afiliado no ha cumplido con un mínimo de semanas de cotización y por lo tanto no tiene derecho a uno de los elementos del servicio.
- Porque el paciente en el momento de llegar al servicio de urgencias, no tiene los documentos que permiten que la IPS, obtenga la autorización de la EPS a la cual se encuentra afiliado.

- Porque aparece cualquier trámite, restricción, condición o imprevisto especial que implica un procedimiento que va a justificar que la IPS no pueda atender el paciente, condenándolo de manera infame a la muerte.

Cuando se requiere el servicio de urgencias, se llega a un caso extremo en el cual se magnifican las características planteadas en la ley de Ed. Murphy, según la cual **“Si hay un forma de que algo salga mal esta podrá salir peor”**, y dicha situación es típica de un país como el nuestro, en el cual la tramitomanía, la escasez de recursos, la falta de solidaridad y el **“Ambiente Macondiano”** se manifiestan en su máxima expresión, contribuyendo a facilitar la ocurrencia del paseo de la muerte.

### **1.3 MOTIVO DE INSPIRACIÓN DE LA PROPUESTA**

Comparando la situación actual del comúnmente llamado “Paseo de la muerte”, con lo que era la atención de urgencias por accidentes de tránsito, el cual condenaba a muerte a un buen porcentaje de quien era víctima de este tipo de tragedias y considerando que el SOAT ha conllevado a garantizar la atención de pacientes generados por este tipo de accidentes, se me ocurrió, crear un seguro similar que garantice la atención en urgencias a cualquier persona sin distinción de ningún tipo de condición, y así acabar con esta práctica que ha conducido al desprestigio de los médicos, del servicio de salud en Colombia, del Estado, y de las instituciones financieras que están detrás del esquema de salud en Colombia.

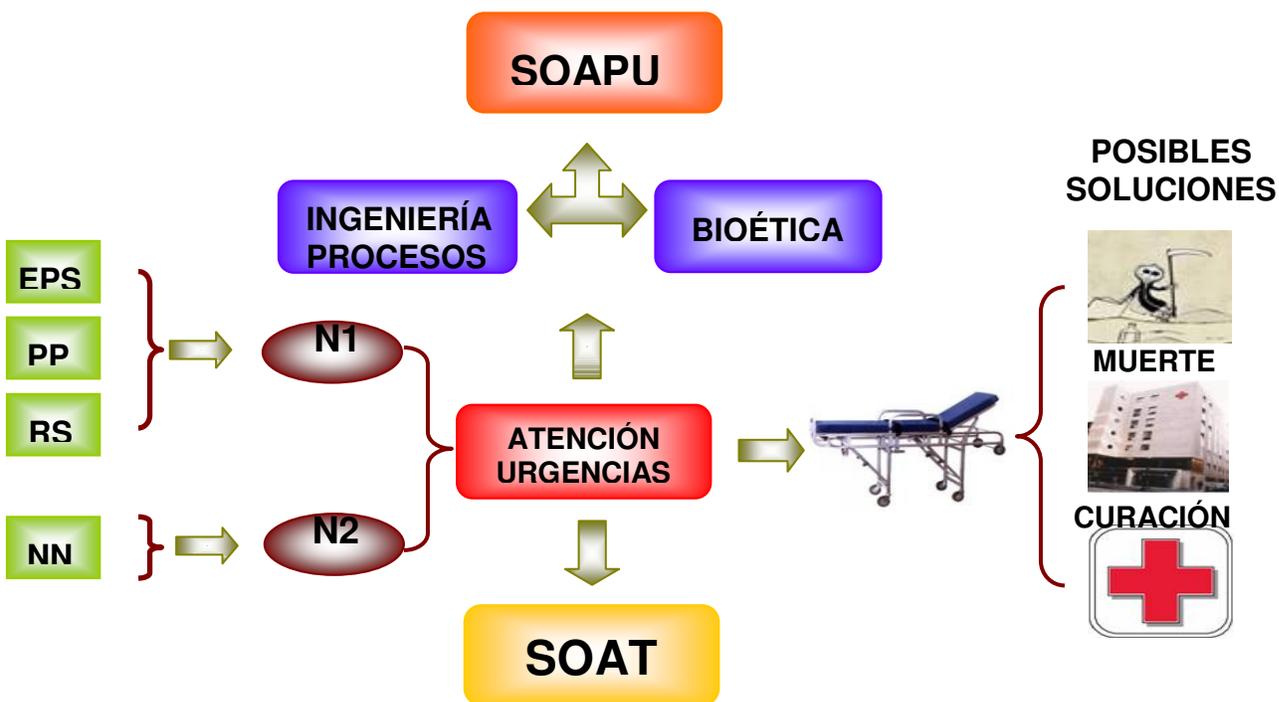
Por este motivo, me dije, un seguro equivalente al SOAT, para los pacientes que no tienen cobertura por algún motivo determinado (Ver Numeral 1.2), puede contribuir a disminuir de manera radical, esta práctica injusta, inequitativa y macabra, que condena a muerte a las personas menos favorecidas, aumentando los niveles de injusticia sanitaria, en un país igualmente inequitativo e injusto como lo es Colombia.

Así me di a la tarea de crear un equipo de trabajo con tres estudiantes de Ingeniería Industrial de la Universidad EL BOSQUE para ejecutar el trabajo de campo, de esta manera diseñamos el seguro SOAPU, el cual debe garantizar la prestación del servicio de urgencias, cuando una persona lo requiera y éste no se pueda prestar, de modo que se ignore esa restricción y se de prioridad para la atención del paciente, teniendo como garantía que el SOAPU va a avalar que tanto la IPS como EPS, cumpliendo los requisitos de ley, tengan cobertura económica para la atención del paciente de manera digna, disminuyendo el “Paseo de la Muerte”.

## 1.4 PROPUESTA

Es el momento para cuestionarme **¿Puede el SOAPU garantizar el servicio de urgencias a los compatriotas desprotegidos que requieren atención en este servicio y así eliminar el paseo de la muerte en Colombia?** Considero que sí, la creación de “**SOAPU**” el seguro obligatorio, para atención de pacientes en urgencias, una alternativa para eliminar **el paseo de la muerte** en Colombia. Permite redefinir que la prioridad es la salud y la preservación de la vida humana, sobre cualquier tipo de trámite, inconveniente o situación que pueda surgir y que impida la atención inmediata de las personas, a través de una estructura de funcionamiento similar a la del SOAT.

**Figura No 1.** Esquema del Paseo de la Muerte.



Fuente. Autor (Carlos E. Navarrete S.)

### Convenciones

<b>SOAPU.</b>	Sistema obligatorio para atención de pacientes en urgencias.
<b>SOAT.</b>	Seguro de accidentes de tránsito.
<b>EPS.</b>	Afiliados al POS (Plan obligatorio de salud).
<b>PP.</b>	Afiliados Medicina prepagada.
<b>RS.</b>	Afiliados al Régimen subsidiado.
<b>NN.</b>	Sin ningún tipo de afiliación.
<b>N1.</b>	Número de posibles beneficiarios con algún tipo de cobertura.
<b>N2.</b>	Número de posibles beneficiarios sin cobertura.

## 1.5 IMPACTO SOCIO-ECONÓMICO

Para el desarrollo del proyecto es fundamental que se conozcan los usuarios beneficiarios y los entes involucrados dentro del mismo los cuales se presentan de la siguiente forma:

**1.5.1 Beneficiarios.** La población beneficiada con el **SOAPU** es el grupo de personas, que después de evaluados, requieren el servicio de urgencias y no cuentan con algún tipo de seguro, las que están afiliadas al Régimen Subsidiado y Régimen Contributivo pero que no pueden acceder al servicio de urgencias porque no cumplen con los requisitos exigidos por las EPS o la ARS, o las que tengan algún impedimento de orden administrativo, para que se les limite la prestación del servicio.

**1.5.2 Financiación.** Este seguro funcionaría de manera similar al SOAT, y debe ser financiado con recursos provenientes del FOSYGA, del Presupuesto Nacional y de un punto tomado del cuatro por mil (4 X 1000) que hoy se cobra en el sistema financiero.

**1.5.3 Responsabilidad Social.** El tema de atención en salud es y debe ser responsabilidad del Estado. Por lo tanto, la consecución de fondos y la definición del mecanismo de operación, estarán en cabeza del Ministerio de Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito y el Departamento Nacional de Planeación. A través del Gobierno Nacional y del Congreso de la República esta iniciativa debe convertirse en un proyecto de Ley, para lograr la consecución de recursos y la aplicación inmediata, evitando que las personas continúen muriendo por la desprotección a la que los somete el sistema de salud en Colombia. No pretendo con el proyecto liberar la responsabilidad del Estado, sino por el contrario comprometerlo para que solucione el problema de forma definitiva.

## 1.6 MARCO CONCEPTUAL

Considero que uno de los principales autores al cual podemos recurrir para enmarcar el proyecto es el Dr. Diego Gracia, quien a través de su libro profesión medica investigación y justicia sanitaria, me suministra las herramientas Bioéticas base fundamental de este trabajo.

Cuando Diego Gracia trata de responder a las preguntas de qué es un sistema justo de salud y cómo asignar recursos escasos, efectúa unos planteamientos validos para la concepción del problema, los cuales resumo así:

- ✓ Efectivamente la salud no puede manejarse de manera aislada y requiere de la intervención de actores fundamentales como el estado, los prestadores del servicio y la ciudadanía, de manera integral.

- ✓ Considero que el concepto de política sanitaria, es indisoluble en una economía de consumo y que la estructura burocrática que se genera a través de el, la hace insuficiente e inequitativa, generando una mala imagen ante los usuarios.
- ✓ Comparto el criterio de que la tratar de buscar una justicia distributiva, se hace muy difícil responder a estas inquietudes, sin embargo es hay donde la bioética y la economía se mezclan para buscar una respuesta útil a la solución del problema.
- ✓ Considero que mi propuesta permite resolver las preguntas de cuánto asignarle al servicio de salud, cuántos recursos destinarle, cómo proceder con recursos escasos. Reflexiono sobre si el no querer resolver estas preguntas ha sido la causa para que el paseo de la muerte, haya aumentado en número de victimas en los últimos años.
- ✓ Encuentro razonable la división que hace Diego Gracia, al buscar resolver estos interrogantes desde dos (2) frentes; El Deontológico o de los principios y El Teleológico o de las consecuencias, comparto igualmente que toda la política de salud tiene que cubrir estos dos frentes.

### **1.6.1 Principio Deontológico Para entender un sistema justo del servicio de salud.**

Considero que los criterios emitidos por Diego Gracia según los cuales “justicia es dar a cada quien lo suyo e injusto todo lo contrario”, y apoyados en los conceptos occidentales de justicia como son; “proporcionalidad natural”, “libertad contractual”, “igualdad social” y “bienestar colectivo”, permiten determinar cuándo un servicio de salud es justo basado en sus principios.

**1.6.1.1 Igualdad social.** Según Gracia y apoyado en la teoría de CF. Brody, Baruch, los hombres no tienen derecho a la justicia sanitaria si no a la justicia redistributiva, esto quiere decir que ese derecho no existe y que solo se busca honrar el principio bioético de la beneficencia.

Comparando esta decisión con la teoría marxista, me conduce a pensar que por encima de esas posiciones polarizadas se debe buscar la equidad, según la cual el estado debe establecer sus necesidades y cubrir sin costo y de manera total la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos. Que mejor ejemplo que un seguro que cubra la asistencia sanitaria en urgencias para garantizar que ninguna persona se muera por factores diferentes al estado de salud.

**1.6.1.2 Bienestar colectivo.** Comparto el concepto del socialismo democrático, mediante el cual se combinan la democracia liberal y el estado social de derecho y sobre todo el estado de bienestar, el cual corrige la teoría liberal, con base en la igualdad redistributiva. Por encima de esta consideración científica la social democracia se ajusta a mi perfil político, hecho que me motiva a fortalecer la propuesta que desarrollaré dentro de este proyecto.

Encuentro razonable el análisis que hace Diego Gracia sobre el socialismo democrático, del cual se deriva el derecho a la educación, a la vivienda digna, al trabajo remunerado, al apoyo del desempleo a la jubilación y a la asistencia médica, considero que cuando se dan estos factores, se puede hablar de calidad de vida y por ende de bienestar colectivo. Mientras el sistema de salud no elimine situaciones como el paseo de la muerte estaremos incumpliendo estos principios y generando desigualdad dentro de países como Colombia.

Creo que la manifestación del autor, sobre el hecho de que el liberalismo descubrió el derecho a la salud y que el socialismo el derecho a la asistencia sanitaria se convierte en base fundamental para el desarrollo del proyecto SOAPU el cual busca de manera positiva, prestar un servicio igual para quienes tienen el beneficio del régimen contributivo y/o subsidiado, lo mismo que para quienes no lo tienen garantizando siempre la atención en el servicio de urgencias.

Comparto la posición cuando se diferencia la “**Libertad de**”, como un hecho formal y la “**Libertad Para**” como un hecho real a través del cual las personas no solo tienen el derecho a la salud consagrados en las leyes si no que encuentra el espacio para ser atendido de manera real y evitar a si que se mueran en los servicios de urgencias por falta de un trámite o papel que prácticamente lo esta condenando a muerte.

Lo expuesto por Gracia sobre el hecho de que la salud es un derecho básico de toda política social de bienestar y que por lo tanto es prioritaria para el estado benefactor, confirma el hecho de que propuestas como la que presento, no solo comprometen al estado si no a todo el sistema económico que administra la salud en Colombia.

Otro argumento planteado por el autor hace referencia cuando habla de una “**Sociedad bien ordenada**” la cual debe cumplir por lo menos con los dos (2) elementos siguientes;

- ✓ Concepción pública de la justicia; en la cual hay aceptación de todos sus miembros y donde se respetan los principios de rectitud y justicia.
- ✓ Los miembros de esta sociedad son personas morales, libres e iguales. Es decir se debe tener una sociedad basada en los principios de libertad.
- ✓ Determino útil el planteamiento de Gracia sobre el fundamento de Rawls, según el cual su pensamiento social democrático establece la posición intermedia sobre el liberalismo y el igualitarismo, dando paso a la percepción de justicia como equidad. Creo que una economía en la cual no hay equidad, siempre tendrá manifestaciones que buscan corregir esta y por lo tanto mi proyecto se ajusta a ese equilibrio que se debe dar en una sociedad equitativa.
- ✓ Me parece importante encontrar que el socialismo democrático nació en el siglo XIX como un aporte mutuo entre el socialismo científico y la ética Kantiana, obligando a que las economías garanticen unos “**Mínimos Morales**” los cuales coinciden con el concepto de justicia distributiva.

- ✓ Encuentro razonable las posiciones de Amartya Sen, cuando habla del “Índice de capacidades Básicas” o la teoría de Rawls cuando habla de bienes sociales primarios, enmarcando estas teorías en dos (2) conceptos fundamentales, es decir que los mínimos morales se exijan en virtud de la justicia y que estos cubran la asistencia en salud. No encuentro mejores argumentos para consolidar mi proyecto.

**1.6.1.3 Proporcionalidad Natural.** Encuentro útil analizar la posición de la filosofía Griega, que a través de Aristóteles, diferencia la justicia distributiva, entre gobernantes y súbditos y la justicia conmutativa entre las personas a pesar de que la justicia sanitaria siempre se asocia con la justicia distributiva, hecho que le da un peso fundamental para la solución de la problemática de la salud.

A pesar de que el bien común se asocia con el bien justo éste no puede ser igual para todos si no que se limita al lugar que cada uno ocupa por naturaleza en el conjunto socioeconómico, es decir el bien común no es igualitario si no proporcional, por lo cual se concluye que es justo que cada uno reciba proporcionalmente a su posición. Considero que así como el planteamiento es valido no lo comparto, pues independiente de cualquier consideración socioeconómico o políticas personas tienen derecho a ser atendidas independiente de esta condición. El proyecto SOAPU busca que independientemente al régimen al que pertenezca y/o a la condición económica ó administrativa, todos los seres que habiten un país como Colombia, tengan derecho a ser atendidos en urgencias.

**1.6.1.4 Libertad Contractual.** Considero fundamental que los derechos humanos formen parte del contrato social que conduzca a que se respeten el derecho a la vida, a la libertad, a la propiedad, el derecho a la salud y la capacidad de proteger estos cuando son atacados, lo cual lleva a lograr una justicia social y un bien común.

Encuentro fundamental el razonamiento de Gracia, según el cual se diferencian tres (3) tipos de asistencias médicas;

- ✓ El de las familias de clase alta con acceso a médicos y cirugías, el cual se puede asociar perfectamente con la medicina prepagada.
- ✓ El de las familias de clase media el cual se asocia con el POS
- ✓ El de las familias de clase baja que no tienen acceso al servicio de salud, para los cuales se crearon las beneficencias, figuras que se repico en Colombia en la cual no perdió su tinte de caridad, hecho que se traduce en la quiebra de muchas entidades hospitalarias como por ejemplo el Hospital San Juan de Dios en Bogotá.

No comparto el criterio de Brody Baruch según el cual no existe un derecho particular a la asistencia medica, si no un derecho genérico a la distribución de la riqueza, creo que es una posición utilitarista que va en contra de los principios fundamentales de la Bioética.

### 1.6.2 Principio Teleológico Asignación de recursos escasos.

- ✓ El dilema planteado por Gracia sobre cómo distribuir los recursos para la salud, se vive a diario en Colombia. Creo importante retomar una reflexión que hacíamos durante la maestría sobre que era más importante, ¿Gastar cien (\$100) millones de pesos para atender diez (10) niños con deficiencias mentales o destinar esos cien (\$100) millones de pesos a cien (100) pacientes que requieren tratamientos por un (\$1) millón de pesos cada uno? Hay vendría la pregunta ¿Qué es más justo? Creo que la alternativa a esta respuesta ofrecida por Gracia “La justicia no consiste solo en el respeto de los principios morales, si no también en la maximización de las consecuencias buenas de los actos”<sup>1</sup>, me permite encontrar una respuesta lógica, la cual complementare más adelante.
- ✓ Otro ingrediente que dificulta este planteamiento, es la inclusión de la Economía en la salud a través de la relación Beneficio-Costo, la cual analizo desde la óptica de Beachump & Childress<sup>2</sup> así:
  - Es inconcebible, que el valor de la vida humana haya quedado en manos de los economistas y que esta dependa básicamente de la capacidad de pago y del manejo que se de a la infraestructura económica de un país.
  - Suena muy duro escuchar conceptos como que aquellos que no tienen ingreso no tienen valor, por ejemplo; los enfermos mentales, desempleados y retirados dependientes del estado, y mas grave cuando se consideran con un valor negativo dentro de las proyecciones actuariales que se realizan para analizar y proyectar los sistemas de salud.
  - Creo que la vida humana no tiene valor tangible y por eso busco con mi proyecto, que los pacientes en los servicios de urgencias con ingresos o sin ellos, con cumplimiento de semanas o no, o en la condición que sea, tengan valor y por ende sean atendidos.
  - El funcionamiento del sistema de salud, depende de los estudios actuariales, en los cuales se miden los costos de las enfermedades, accidentes y la muerte, para hacer una estimación de los ingresos actuales y futuros de la persona y de lo que puede dejar de percibir por algún tipo de impedimento. No es fácil entender que la atención de la salud y la protección de los pacientes, queden en manos de un modelo matemático - estadístico, el cual con su frialdad descartará a quienes atender y a quienes prestar servicios.

---

<sup>1</sup> GRACIA, Diego, ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud?, Editorial El Búho Ltda., Primera Edición, 1998, Pág 168

<sup>2</sup> Beauchamp, Tom L. and James F. Childress. 1994. *Principles of Biomedical Ethics*, 4<sup>th</sup> ed. New York: Oxford University Press.

- Comparto el criterio de Beachump & Childress, en que en la superficialidad que se cae por mirar solamente el plano económico y estoy de acuerdo en que se deben valorar factores cualitativos por encima de los cuantitativos. Al interpretar esto dentro del esquema de mi proyecto, encuentro la oportunidad de poder ayudar a las personas menos favorecidas, debido a que son estos, los que generalmente no tienen los medios ni la capacidad de exigir que le sea prestado el servicio de urgencias.

Hoy cuando se ve en los periódicos que las EPS fijan topes económicos para la atención de pacientes, que limitan los exámenes y los tratamientos, tal vez por encontrarse por fuera de las curvas de proyección actuariales, siento la obligación ética y moral de presentar mi propuesta la cual debe estar por encima de las condiciones económicas para ofrecer una solución real a los usuarios del servicio de urgencias.

Cuando se pregunta si vale la pena prolongar la vida de una persona a costos altos y se pregunta cuál debería ser ese tiempo y a qué costo, algún economista puro diría que NO, sin embargo por encima de las connotaciones Bioéticas, quiero reflexionar sobre una situación personal que viví al acompañar a mi Señora madre en su proceso de muerte por un cáncer Terminal, en el cual entendí que a pesar de que no había nada que hacer, poder compartir algunos días más con ella, tiene un valor incalculable para mi y para mi familia.

Si la situación anterior la veo desde la perspectiva de hijo diría que si pero si lo analizo desde el punto de vista de los médicos, IPS y de la administración de la salud diría que No. Que Dilema tan complejo de resolver porque creo que esta es una de las causas que conllevan a que el sistema de salud sea calificado como deshumanizado y condenatorio para la vida de los pacientes.

Con base en el criterio de Diego Gracia en el sentido de que la racionalidad económica es fundamental para la racionalidad ética y que la justicia no puede estar ajena a la “Máxima Utilidad”, la economía y la ingeniería llegaron a los conceptos de “rendimientos decrecientes” formulados por David Ricardo y complementados con el “óptimo de Pareto” planteado por el economista y matemático Wilfrido Pareto. A través de estos se concluye que existe un mínimo crítico que cubre a un mayor porcentaje de una población o un mercado, surgiendo el concepto 80X o por administración.

A pesar que la ley de Pareto siempre se ha visto como un elemento discriminatorio, su aplicación universal ha permitido el desarrollo económico de países como Japón y Los tigres asiáticos, demostrando sus bondades desde el punto de vista económico. Para este proyecto he empleado esta herramienta para establecer los procesos críticos, para determinar la población beneficiaria y para

todos los análisis en los cuales no se cuenta con la información disponible, llevando al concepto del Pareto cualitativo<sup>3</sup>.

Adicionalmente mi proyecto busca cubrir ese porcentaje sin controlar, cuando se aplica el concepto de Pareto, considero que este es un elemento fundamental ya que precisamente el proyecto va a cubrir todo lo que se descarte a través de la aplicación de los rendimientos decrecientes y el 80x de Pareto.

Sin animo de querer “pontificar” sobre el tema considero que mi posición se puede enmarcar en le esquema de los economistas ingleses John Hicks y Nicholas Caldor, quienes querían demostrar que las acciones deberían ser eficientes y eficaces, “no sólo si era buena para cada uno, si no también si podía mejorar la situación de cada uno, aunque de hecho pudiera no hacerlo”.<sup>4</sup> De los planteamientos de Caldor y Hicks, se mantienen los conceptos de costo beneficio (ACB) costo eficacia (ACE), derivando en otros indicadores como el (AVAC) años de vida ajustados a calidad.

Creo que es fundamental para este proyecto tener en cuenta que los “costos en la salud se han incrementado en porcentajes superiores al crecimiento económico de los países”<sup>5</sup>, medido a través del PIB, y si a ésto se suman la recesiones económicas de los países, se llega a la situación critica como la de Colombia reflejada en la crisis financiera de entidades como el Seguro Social, el Hospital San Juan de Dios, la Caja Nacional de Previsión y el Hospital Materno Infantil entre otros. Esta situación ha conducido ha que se tilden de burócratas al servicio medico por atender a toda persona que requiera el servicio de salud.

Ese desborde en los costos condujo a que los economistas acusaran de un manejo irracional a los médicos y es así como se da prioridad a los pacientes Pareto, ignorando a un porcentaje de la población que constitucionalmente también tiene derecho a la salud.

Me parece importante este análisis porque con mi propuesta estoy dando de su propia medicina a los economistas, utilizando la metodología del SOAT para ser replicada a través del SOAPU y así garantizar la atención de pacientes de los servicios de urgencias independiente de su capacidad económica, de que estén por fuera de la relación beneficio costo, o de la limitación para la prestación del mismo.

---

<sup>3</sup> Concepto emitido por Carlos E. Navarrete S. en su experiencia profesional y académica de veinticinco (25) años.

<sup>4</sup> Ibid Pág 169.

<sup>5</sup> Ibid Pág 170.

## 1.7 OTRAS CAUSAS

Además del hecho mismo de no atender los pacientes se presenta un generador extra que agrava la situación para la atención en urgencias, como es el hecho denunciado por la defensoría del pueblo al realizar una encuesta entre mil quinientos cuarenta y cuatro (1544) médicos sobre un universo de cuarenta y un mil doscientos cincuenta y dos (41.252) (Ver anexo 1). El estudio destaca una alta inconformidad al imponer topes a las formulas, a los exámenes de laboratorio e imágenes diagnosticas, con lo anterior se viola la ley de ética medica, según la cual “No deben existir condiciones que interfieran con libre y correcto ejercicio de la profesión y destaca el tiempo que es necesario dedicar a un paciente”<sup>6</sup>.

De acuerdo con el estudio el cincuenta y dos punto seis por ciento (52.6%) de las restricciones las imponen las IPS. Y el cuarenta y siete punto cuatro (47.4%) las EPS. Adicionalmente se destaca del estudio, que los exámenes más rechazados son las pruebas tiroides, los perfiles lipiditos, el antígeno prostático y las enzimas cardiacas.

Considero que con lo anterior se agrede la autonomía del medico y del paciente y se atenta contra los principios Bioéticos de Justicia y no maleficencia, induciendo de manera directa a que el paciente se agrave y que termine en un servicio de urgencias.

Me preocupa sobremanera el hecho de que la restricción a los pacientes se de manera subrepticia bloqueando el sistema y dando ordenes verbales, con el fin de evadir su responsabilidad, comprometiendo injustamente al médico tratante. Creo que no puede haber mayor violación de la autonomía médica.

Otro hecho que incide en la indisposición de los médicos es la permanente evaluación y limitación a través de indicadores de gestión y de la mala aplicación de los estándares de Ingeniería, limitando al paciente a ser una ficha más en una cadena de producción, en la cual si no se ajusta al estándar se retira de la línea, aunque no se le haya prestado el servicio como tal. Esta situación se puede extrapolar al servicio de urgencias, hecho que me motiva aún más a buscar una solución de un problema donde se combina la Medicina, la Ingeniería y la Economía.

Un último argumento que quiero destacar, del articulo, es el hecho de que los pacientes, “Condenan Injustamente” a los médicos creyendo que ellos son los que no los quieren atender como es debido. Esta situación es derivada del desconocimiento de los derechos y deberes que tienen los pacientes dentro del sistema de salud. Considero que este hecho se repite para los servicios de urgencias, sin embargo con el seguro SOAPU se van a eliminar todos los inconvenientes, lo que permitirá atender al paciente, evitar que se condene

---

<sup>6</sup> Artículo “Médicos denuncian que EPS los intimidan para que no pasen topes de formulas y exámenes” Periódico el Tiempo 24 de Noviembre 2007.

injustamente al médico y recuperar la imagen del sistema de salud, retirando el tinte utilitarista y discriminatorio que hoy presenta ante el país.

- ✓ DERECHO A LA ATENCION EN SALUD
- ✓ JUSTICIA DISTRIBUTIVA EN SALUD
- ✓ ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

## **2 INTERPRETACIÓN DE NORMATIVIDAD VIGENTE**

Como elemento fundamental para el desarrollo de la propuesta, considero de suma importancia, contextualizar las principales normas que tienen relación con el proyecto, Ver Anexo 2,. Inicialmente hablare de la constitución política de Colombia, repasaré las normas vigentes para el sistema de salud y complementaré con un análisis más detallado del SOAT el cual servirá como parámetro para plantear la creación del SOAPU.

### **2.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991**

“La constitución política obliga al Estado a garantizar la salud como un derecho fundamental y así lo consagra en el artículo 49, Ver Anexo 2, del cual quiero resaltar que por medio de éste se compromete al Estado a garantizar el derecho a la salud bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Lamentablemente, esto no se cumple y no se ha convertido más que en letra muerta porque la prestación del servicio se ve cada vez más deteriorada y el paseo de la muerte aparece repetitivamente afectando la calidad de vida de los colombianos.

### **2.2 LEY 10 DE 1990**

Esta Ley busca reorganizar el Sistema Nacional de Salud, descentralizando el sistema y entregando la responsabilidad a los gobiernos municipales y departamentales.

Quiero destacar que dentro de ésta se establece la responsabilidad común que tenemos los ciudadanos, el Estado y los operadores. Esta Ley coincide con los planteamientos de Amantya Sen, hecho que me parece fundamental para no estar buscando culpables, sino para hacernos parte de la solución, tal como lo voy a presentar en mi proyecto.

Otro elemento para destacar de esta ley es que está fundamentada en seis principios como son la universalidad, la participación ciudadana, la participación comunitaria, la subsidiariedad, la complementariedad y la integración funcional. Con la ejecución del proyecto SOAPU se estarían honrando el de la universalidad, complementariedad e integración funcional (Ver Anexo 2).

### **2.3 LEY 100 DE 1993**

Considero que el artículo más importante y que se aplica en el proyecto es el 168 en el cual se indica que la atención general de urgencias es obligatoria para cualquier IPS, a todas las personas sin importar su capacidad de pago. Suena jocoso también el hecho que su prestación no requiere contrato no orden previo, y

más aún que el costo de los servicios sea pagado por el fondo de Solidaridad y Garantía, en algunos casos especiales. Sinceramente creo que si estos se estuvieran cumpliendo el paseo de la muerte no se presentaría en Colombia y no estaría realizando el proyecto.

## **2.4 LEY 1122 DEL 2007**

A través de esta Ley, se busca fortalecer los programas de salud y ejecutar las funciones de inspección, vigilancia y control para la organización y funcionamiento de redes que garanticen la prestación del mismo, adicionalmente se busca priorizar la prestación de los servicios a los usuarios. Considero que los artículos analizados y generados por la Defensoría del Pueblo lamentablemente indican todo lo contrario, es por esto que mi proyecto cobra mayor vigencia.

## **2.5 ESTUDIO LEGAL SOAT**

Considerando los beneficios que ha ofrecido el SOAT, pensé que aplicando los mismos criterios, se evitaría el Paseo de la Muerte y se aprovecharía el conocimiento de éste para ser replicado, a través del SOAPU.

En las siguientes líneas haré la interpretación de los aspectos jurídicos y legales del SOAT, los cuales servirán como base para la creación del SOAPU, (Ver Anexo 4).

El problema del paseo de la muerte afecta las IPS, las clínicas y de la red de urgencias, incidiendo en los usuarios del sistema de salud, sin importar su condición socio-económica. Por lo tanto ratifico que la creación del seguro obligatorio para la atención en pacientes "SOAPU", definido bajo la misma metodología del seguro obligatorio de accidentes de tránsito "SOAT" será de beneficio común sin importar la condición del afectado. Para lo cual me permito citar la información más relevante. (Ver Anexo 3).

El seguro obligatorio contra accidentes de tránsito SOAT fue creado en 1987 y desde esa época ha servido para cubrir gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones corporales, incapacidad permanente, muerte de la víctima, gastos funerarios, gastos de transporte y movilización.

Para los pacientes que son atropellados por vehículos fantasmas o los que no estén asegurados. Este esquema se asimila a lo que se plantea con el SOAPU, ya que a través de éste se ofrecerá cobertura para atención en urgencias, para quienes no la tienen.

Es de destacar que para el año 2006 el SOAT cubrió, a través del FONSAT el setenta por ciento (70%) del monto correspondiente a los siniestros generados por los accidentes de tránsito. Considero que esta situación se puede extrapolar para

el seguro SOAPU, lo cual garantiza la estabilidad económica para la atención en urgencias.

Es importante destacar que el SOAT está regulado por el estatuto orgánico del sistema financiero, a través de su artículo 192 y controlado por la Superintendencia Financiera, fundamentalmente por un seguro. Es aquí donde se genera la conexión entre la salud y la parte financiera y de la economía según como se menciona en el numeral 1.6.2 Principio Teleológico Asignación de recursos escasos, de acuerdo con lo planteado por Beachump & Childress y ratificado por Diego Gracia.

Por lo anterior el seguro SOAPU se debe ajustar a esa misma reglamentación y vigilancia, con el fin de garantizar la estabilidad económica del mismo. Me parece importante evaluar los objetivos fundamentales del SOAT como son: Cubrir los daños corporales físicos, la muerte y los gastos médicos quirúrgicos derivados de éstos, fortalecer la infraestructura de urgencias, atender todas las víctimas de tránsito y difundir la operación del SOAT en el territorio nacional. Estos cuatro (4) objetivos se deben incluir, adaptándolos, a la nueva estructura del SOAPU.

Desde que se expidió el Art. 2 del Decreto 2828 de 1991, en el cual se fijan las sanciones a las que se someten las entidades que no atiendan de manera oportuna los servicios de urgencias, se supone que las empresas son sancionadas con multas, desde los trescientos (300) salarios mínimos legales mensuales vigentes, intervención administrativa no superior a seis (6) meses, suspensión parcial o definitiva de la personería jurídica, se supone que se está prestando una atención adecuada a los pacientes de urgencias, sin embargo la realidad es diferente y se observa que continuamente se presentan más casos del pase de la muerte y un sin número de reclamos por parte de los usuarios hacia las IPS y EPS.

Esta situación alcanzó en el año 2006 un total de ochenta mil (80.000) tutelas, Ver Anexo 5, equivalente a trescientas diecisiete (317) por cada día hábil de trabajo y un crecimiento porcentual del doscientos sesenta y nueve por ciento (269%). Es preocupante encontrar que por cada hora laborable se presentan cuarenta (40) tutelas; es decir que cada minuto y medio se presenta una tutela por salud en Colombia por deficiencias en el sistema.

Con base en estas cifras que he calculado sobre el estudio, considero que la situación es crítica, a pesar de que no todas son por atención en urgencias, sin embargo una atención médica inoportuna, la falta de un medicamento, la toma tardía de un examen diagnóstico, se va a traducir indefectiblemente, en la necesidad de atender el paciente en urgencias, complicando aún más el panorama de la salud.

A manera de conclusión queda plasmado que a pesar de existir normas vigentes, éstas no se cumplen como lo espera el constituyente primario y los poderes públicos del país, que existe una prestación crítica del servicio de salud, y que es posible utilizar la filosofía del SOAT, la cual combinada con la Bioética, con la Ingeniería y la Economía, pueden presentar una solución viable y financieramente aceptada con el fin de erradicar el comúnmente llamado “Paseo de la muerte”.

### **3 LA ATENCIÓN DE URGENCIAS EN COLOMBIA Y SU CONTEXTO BIOÉTICO**

"Me da miedo ser demasiado feliz. No estaría bien, en este mundo tan desgraciado en el que vivimos", **Amartya Sen**

Sobre el fundamento de la frase de Amartya Sen, esbozo el contenido de este capítulo, a fin de sensibilizar la sociedad que se muestra indiferente ante las injusticias en la prestación de los servicios de salud, que se cometen con los ciudadanos.

Dada la creciente preocupación en las diversas estructuras sociales por el incremento de los casos en el comúnmente llamado "Paseo de la Muerte" Es importante destacar en este capítulo la importancia de la justicia sanitaria y su relación con la bioética, dado que dichos términos fundamentan la reflexión, sobre el tema de los derechos, ya que aportan mayor comprensión de los problemas reales, dados por los avances de la ciencia y la tecnología, y la ampliación de las miradas institucionales que manejan las políticas locales.

Con el fin de contextualizar la problemática de la justicia sanitaria, su carácter bioético y con el fin de resolver la dramática situación del paseo de la muerte, retomaré la esencia de la Bioética, miraré de manera específica la justicia sanitaria, revisaré la calidad del servicio de urgencias en Colombia, y estableceré la conexión de éstos con el Paseo de la Muerte, para buscar concretar en el siguiente capítulo, la propuesta de creación de un seguro obligatorio que garantice la atención en el servicio de urgencias, para las personas desprotegidas.

#### **3.1 LA BIOÉTICA Y SUS PRINCIPIOS EN EL MARCO DE LA JUSTICIA SANITARIA**

Apoyado en los conceptos planteados por Gilbert Hottois en su libro *¿Qué es la Bioética?*<sup>7</sup>, Cristian Galvis "Justicia sanitaria"<sup>8</sup> y Diego Gracia "Profesión médica, investigación y justicia sanitaria"<sup>9</sup> Determinaré las bases filosóficas de la bioética, para establecer cómo se relaciona con la justicia sanitaria y cómo se analiza dentro de ésta la prestación del servicio de urgencias en Colombia.

**3.1.1 Definición de Bioética.** Considero que la definición planteada por Gilbert Hottois "Es una reflexión ética que tiene en cuenta en forma explícita los valores y

---

<sup>7</sup> HOTTOIS GILBERT, *¿Qué es la Bioética?*, Universidad El Bosque, traducción parcial en español, realizada por Chantal Aristizábal del original *Qu'est-ce-que la bioéthique* Librairie Philosophique Vrin, Bogotá D.C. Editorial Kimpres Ltda., 2007.

<sup>8</sup> GALVIS CRISTIAN, *Justicia Sanitaria*, Colección Pedagogía y Bioética Número 9, Universidad El Bosque, Bogotá D.C. 2002.

<sup>9</sup> GRACIA DIEGO, *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*, Bogotá D. C, Editorial El Búho Ltda., Primera Edición, 1998.

la totalidad de la sociedad global y la naturaleza y la biosfera”<sup>10</sup> se ajusta a lo que es la Bioética como ciencia, a pesar de tener una vida joven y de haberse convertido en un elemento fundamental para armonizar la biotecnología y la tecnociencia con el respeto a los valores del ser humano.

**3.1.2 Principios.** Una vez pronunciado el informe Belmont y con aportes filosóficos como los de T. Beachump, S. Toulmin y H.T. Engelhardt, citados en el libro ¿Qué es la Bioética? de Hottois, se dan las bases filosóficas de su enfoque inicial desde la óptica de Estados Unidos, a través de la cual se busca resolver problemas Bioéticos aplicando los cuatro (4) principios fundamentales que son ; no Maleficencia, Beneficencia, autonomía y justicia, los cuales revisaré para ver su incidencia dentro de la problemática al servicio de urgencias en Colombia.

- **Principio de no Maleficencia.** Su esencia está en no hacer daño al paciente, siempre y cuando el médico no vea afectada su propia ética, partiendo de que el galeno ejercerá una buena práctica médica. Es importante analizar que en la actuación del médico no se pueden obviar su posición moral y menos los preceptos religiosos de este y del paciente.
- **Principio de Beneficencia.** Corresponde básicamente a hacer el bien, a pesar de que esté no coincida dentro de las diversas culturas, para que este principio se aplique correctamente debe fundamentarse sobre el principio de autonomía, a pesar de que el paternalismo médico inicialmente no la respetaba. Aquí me cuestiono sobre cómo se siente un médico cuando recibe un paciente en urgencias, cuando ve que se le limita su trabajo médico por una restricción, la cual en muchos casos condena al paciente a morir, simplemente porque los indicadores han superado los topes mínimos, de igual forma interpreto que aquí se vulnera la autonomía del médico y por ende la del paciente.
- **Principio de autonomía o de libertad de decisión.** Es el respeto a la libertad del paciente de decidir sobre su propio bienestar, sin que medie ningún tipo de imposición, derivado de la fuerza ó del desconocimiento que este tiene del tema médico. De él se derivan el consentimiento libre e informado a pesar que genera dualidad con el concepto del paternalismo médico, tiene un carácter neutro al no comprometerse con el bien necesariamente. Considero que este principio se viola cuando se le niega la paciente el servicio de urgencias y se presiona a dirigirse a otro institución, o cuando se niega la prestación del servicio por incumplir con un trámite, el cual generalmente no es imputable al paciente.
- **Principio de justicia.** Se centra en la distribución equitativa de y asignación de recursos limitados y escasos, este principio impone límites al

---

<sup>10</sup> HOTTOIS GILBERT, Op. Cit. Pág 14.

de autonomía, ya que pretende que la autonomía de cada individuo no atente a la vida, libertad y demás derechos básicos de las otras personas. Dentro de las afectaciones del principio se encuentran desde la lista de espera para donantes hasta la distribución de presupuestos de la salud. Me preocupa sobremanera que con la mala aplicación de la justicia distributiva, se tengan en cuenta criterios como la edad, la esperanza de vida, el monto promedio destinado por paciente, llevando esta situación a un esquema utilitarista, el cual se mueve entre los extremos neoliberales y comunistas.

### 3.1 JUSTICIA SANITARIA

Aplicación del concepto de justicia distributiva en el ámbito de la salud, se encarga de la distribución proporcional a cargos y cargas, meritos y beneficios, por tal motivo implica un sistema de salud solidaria, que considere la solidaridad como principio a partir del cual se garantice el acceso de todos los ciudadanos a las prestaciones medicas, para ello es necesario que el sistema sea equitativo y justo en lo que se refiere a prestaciones en las áreas de prevención y curación de enfermedades.<sup>11</sup>

En materia de sanidad ha sido Norman Daniels (1985)<sup>12</sup> quien ha intentado aplicar la teoría rawlsiana de la justicia. En su opinión, la igualdad de oportunidades tiene otro bien primario de carácter subsidiario que es el derecho a la asistencia sanitaria. En tal caso podría hablarse de derecho a la justicia sanitaria entendiendo por tal derecho a una “asistencia médica justa” que a su vez requiere la definición clara y precisa de “necesidades de asistencia”. Daniels las define desde el “funcionamiento típico de la especie”, que serían “todas aquellas desviaciones de la organización funcional natural de un miembro de la especie”, pero no todas.

Otro bioeticista que retoma la idea que la salud es bien social primario es Ronald Green (1977)<sup>13</sup>, quien no sólo la limita a la generación actual sino que la vincula con el deber de preservación de la calidad de vida de las generaciones futuras, a tono con el auge de las teorías medio ambientalistas.

---

<sup>11</sup> [http://www.uchile.cl/facultades/filosofia/Editorial/libros/discurso\\_cambio/70Leda.pdf](http://www.uchile.cl/facultades/filosofia/Editorial/libros/discurso_cambio/70Leda.pdf) Pàg. No 1

<sup>12</sup> Daniels, Norman, *Just Health Care*, Cambridge University Press, 1985

<sup>13</sup> Gracia, Diego, *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*, Editorial El Búho, Estudios de Bioética 4. Santa Fe de Bogotá, 1998.

En este orden de ideas, Gracia (1998)<sup>14</sup> cree que este enfoque puede ser la base fundamental de discusión para la toma de decisiones en materia de justicia sanitaria en el futuro, posición que comparto.<sup>15</sup>

“Dentro de la tradición americana, uno de los textos más influyentes es el de Tom L. Beauchamp y James F. Childress (1999) Principios de Ética Biomédica. (La primera edición americana es de 1979), que se basa en los cuatro principios antes enunciados. En caso de conflictos entre algunos de estos principios, habrá que ver cuál de ellos tiene prioridad, lo cual se suele decidir en función de las consecuencias. Al contrario que la tradición europea, la americana no busca tanto una fundamentación en principios filosóficos cuanto en valores ampliamente compartidos culturalmente. El principio de beneficencia va unido al de autonomía, matizado por el principio de justicia, para compensar las desigualdades introducidas por los dos anteriores. De esta manera, la tradición utilitarista centrada en los derechos individuales establece la preeminencia de la autonomía individual. Los conflictos tienden a ser resueltos recurriendo al método del "observador ideal" desarrollado por John Rawls en A Theory of Justice (1971).

En cambio, la tradición europea (continental) ha estado más influida por los intentos de fundamentación sobre principios absolutos, como es el caso del imperativo categórico kantiano, que generarían obligaciones morales absolutas: no maleficencia y justicia. Estos dos principios regulan el bien común y jerárquicamente son superiores (en caso de conflicto) al de autonomía, que se refiere al bien particular de cada individuo.

Entonces, según Diego Gracia (1992), los cuatro principios se ordenan en dos niveles:

- Nivel 1: No Maleficencia y Justicia. Es el nivel que podemos llamar de "ética de mínimos", en el que se nos puede obligar desde fuera, porque regula el bien común. Se refiere a las obligaciones "perfectas" que generan deberes negativos transitivos (lo que no se debe hacer a otros). Socialmente vendría regulado por el Derecho.
- Nivel 2: Autonomía y Beneficencia. Es el nivel de "ética de máximos", relacionado con el proyecto vital que cada persona libremente escoge en la búsqueda de la felicidad y de la plasmación de sus propios valores. Se refiere a las llamadas obligaciones "imperfectas", que me puedo exigir a mí, pero no que no puedo imponer a los demás. Este nivel sería el correspondiente al estudio de la Moral.

La bioética puede ser un procedimiento fundamentado o fundamento procedimental para tomar decisiones en los ámbitos conflictivos de la Biomedicina. Se basa en buena parte en principios éticos generales y en Declaraciones de

---

<sup>14</sup> Green, Ronald, Intergenerational Distributive Justice and Environmental Responsibility Bioscience” 227:260-5,1977.

<sup>15</sup> <http://www.bioetica.org/bioetica/ob1.htm> Octubre 29 2007. 9:44 AM

Derechos Humanos, que al ser ampliamente compartidos, suministran un marco sólido de referencia para discutir racionalmente la rica casuística que plantean los avances tecnológicos en su interacción con la vida.

Para Diego Gracia la nueva casuística, al estilo de Jonsen tiene importancia, pero debe conectarse con una adecuada fundamentación. En el juicio moral hay un momento de razonamiento deontológico o a priori (atento a los principios generales), y otro teleológico o a posteriori (una fase "experiencial", en la que se ponen a prueba los principios en cada caso concreto). Su esquema ético incluye varias fases:

#### Sistema de referencia moral

- Premisa ontológica: el hombre, en cuanto persona, tiene dignidad y no precio.
- Premisa ética: todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto.

#### El momento deontológico del juicio moral

- Nivel 1 (público): no maleficencia y justicia
- Nivel 2 (privado): autonomía y beneficencia

#### El momento teleológico del juicio moral

- Evaluación de las consecuencias objetivas del nivel 1
- Evaluación de las consecuencias subjetivas del nivel 2

#### El juicio moral

- Se contrasta la regla en el caso particular
- Se evalúan las consecuencias del acto, para ver si se puede hacer una excepción a la regla
- Contraste de la decisión tomada con el sistema de referencia <sup>16</sup>
- Toma de decisión final

---

<sup>16</sup> Matizaciones al enfoque principialista de la bioética  
<http://www.ugr.es/~eianez/Biotecnologia/bioetica.htm#beauchamp> Noviembre 1,2007 4:35 Pm

### 3.3 PRINCIPIOS Y TEORÍAS DE JUSTICIA

El interés actual de la sociedad, especialmente en los países de la llamada periferia y concretamente los de América Latina, por solucionar la problemática de la justicia en la prestación de los servicios de salud, y dada la preocupación que se extiende en materia de la racionalización de los servicios, de tal forma que los recursos sean empleados de una manera adecuada y oportuna utilización, sin quebrantar los principios básicos de la dignidad humana y los derechos adquiridos. Establece como punto de partida la Bioética desde el análisis de valores y principios morales de las prácticas médicas y su impacto social a fin de crear políticas para obtener sistemas de salud equitativos, eficaces, de calidad y viables financieramente. Para lo cual es indispensable el compromiso y concientización de los organismos estatales, gubernamentales, diseñadores de políticas institucionales, gestores en salud, proveedores, profesionales asistenciales y comunidad en general.

Considerando que es un propósito de interés social se mencionan los principios que proyectan validez en el mundo contemporáneo con relación a la prestación de los servicios de salud.

**3.3.1 Enfoque Igualitarista.** Se fundamenta en los principios morales de igualdad y dignidad humana, se reclama el derecho a la salud humana, como una necesidad vital y básica de las necesidades vitales y básicas de todo ser humano.<sup>17</sup>

Este enfoque pretende el establecimiento de un sistema de recursos diversos y dinámicos, esenciales, universales, de calidad y eficientes que conlleven a visualizar lo primordial de la salud como un todo en la sociedad, así como el acceso a la asistencia sanitaria como bien fundamental.

**3.3.2 Enfoque libertario ó neoliberal de libre mercado.** Se fundamenta en la teoría de la mínima intervención estatal desarrollada por Nozick quien cree que la justicia se fundamenta en dos pilares; Justa adquisición - Justa Transferencia ligados a la propiedad privada legítima como origen de la justicia.

El autor visualiza la realidad desde la perspectiva que quien tiene forma económica de solventar su servicio de salud, debe tener acceso a todas las oportunidades y posibilidades de atención en salud, pero en sentido contrario quien no puede hacerlo y debe conformarse con lo que suministre el juego de libre mercado, no puede obligar a la sociedad o a los primeros a subsidiar a los segundos, dado que se va en contra del principio de la libertad y es inmoral. Pero si es posible recibir lo que atendiendo a la buena voluntad, solidaridad y humanidad de cada ser humano desee aportar.

---

<sup>17</sup> GALVIS, Cristian. OPCIT. Pág. 15.

Este enfoque de desigualdad no contempla la posibilidad de malformaciones, enfermedades genéticas para personas de escasos recursos, dado que dichos sujetos no podrían exigir al estado garantice su derecho a la salud. Por el contrario una aprobación de dicha condición conllevaría a la disminución y extinción de los recursos, por los excesivos costos.

**3.3.3 Enfoque del Bienestar Común.** Se fundamenta en una posición equilibrada con relación a los dos enfoques anteriores, configurando el punto central para el debate sobre justicia sanitaria y el criterio de bienestar colectivo, a través del cual se manifiesta que se pueden satisfacer necesidades básicas de todos los seres humanos como presupuesto para el ejercicio real de la libertad.

### **3.3.4 Enfoques Latinoamericanos.**

✓ **Pablo Rodríguez del Pozo.** Dr. en Derecho, Universidad Carlos V, Madrid, Médico, Universidad Nacional de Córdoba. Magíster en Bioética, Universidad Complutense de Madrid. Consultor del Programa Regional de Bioética de la OPS, Pretende construir una teoría realista, válida y realizable que permita abordar problemas concretos, a través de el dialogo entre filósofos-teóricos, administradores-economistas y prestadores de salud. Tomando como base una teoría de la necesidad asistencial y una caracterización de los límites de la asistencia sanitaria y enmarca los conceptos de enfermedad y salud, como "consecuencia de las condiciones socioculturales y ambientales en donde el papel de la asistencia sanitaria en general posee un alcance muy limitado en cuanto al mejoramiento de la salud y control de la enfermedad considerando a la población en general"<sup>18</sup>.

El Dr. Rodríguez del Pozo de igual forma manifiesta que el desarrollo tecnológico ha traspasado las fronteras de las posibilidades terapéuticas de la medicina. Hoy es posible prolongar o mejorar la calidad de la vida de aquellos enfermos que hasta hace un par de décadas eran etiquetados como "desahuciados". En gran parte, este progreso tecnológico ha estado dado por el interés en provocar escasez relativa por parte de los proveedores de bienes y servicios para la salud, para de esa manera conseguir mayores niveles de rentabilidad. La medicina descubrió en la última mitad del siglo XX que diferenciando sus productos y haciéndolos por ende más escasos en términos relativos, se conseguían mayores utilidades. Esto explica en buena parte la proliferación de especialidades y súper-especialidades en parcelas cada vez más pequeñas del cuerpo, y el inmenso y muy diferenciado desarrollo tecnológico,

Dicho progreso ha desencadenado un efecto colateral: El hecho de que ante varias personas que necesitan por igual un recurso o tratamiento, las preguntas "¿a quién tratar?" y "¿qué vida salvar?" resultan hoy bastante

---

<sup>18</sup> GALVIS, Cristian. OPCIT. Pág. 19.

frecuentes en los hospitales. La respuesta no está exenta de dramatismo, porque, en definitiva, hay que adjudicar asistencia a unos pacientes y denegársela a otros que la necesitan por igual. A la adjudicación de la asistencia sanitaria, dado lo limitado de la oferta, a una persona concreta y determinada, según el acto médico que necesite y con exclusión de toda otra persona se le ha dado en llamar micro distribución asistencial.<sup>19</sup>

- ✓ **Ramón Abel Castaño.** Propone un nuevo contrato social con la profesión médica, en donde el médico actúe en no solo por el interés del paciente, si no que considere otras especies (Justicia comunitaria – Interés individual) y tenga en cuenta una práctica acorde con la realidad de los altos costos y la escasez de los recursos. Por tal motivo un proceso que implique el rediseño de las obligaciones del médico frente a la sociedad requiere la participación de los beneficiarios de las decisiones del médico, es decir, los pacientes actuales y futuros; la sociedad debe entender que si espera que sus médicos siempre busquen el beneficio del paciente sin importar el costo, estarán generando un resultado subóptimo en la utilización de los recursos para salud; por esto, la renegociación del pacto social debe comprometer tanto a los profesionales como a la sociedad en general, mediante un proceso democrático, deliberativo y abierto, que considere objetivamente las restricciones presupuestales, la disponibilidad de pagar de los asociados, y la nueva responsabilidad del profesional en el racionamiento. Para los cual esboza un planteamiento que denomina “Medicina, ética y reforma de la salud hacia un nuevo contrato con la profesión médica” Dentro de su planteamiento se permite analizar los siguientes temas.

1. El profesionalismo como base de la calidad en la prestación de servicios de salud, y el conflicto que esto genera en el equilibrio entre equidad y eficiencia.
2. El problema de la doble lealtad generado por la presencia de terceros pagadores, y de cómo los conflictos de intereses que de ello surgen debilitan el modelo hipocrático al enfrentarlo a la ética corporativa.
3. La necesidad de que el médico asuma su responsabilidad en la distribución de recursos, como estrategia para conservar su autonomía, pero a la vez la necesidad que esto implica de renegociar el contrato entre la profesión y la sociedad.

Teniendo en cuenta los dos enfoques anteriores, de los exponentes latinoamericanos; Considero que el proyecto se puede enmarcar en el planteamiento de Ramón Abel Castaño, en lo que ha llamado el pacto social, ya que desliga al médico del compromiso económico y de prioridades que hoy fija el sistema. Con encuadrar el proyecto en este marco no se excluye la posición de Pablo Rodríguez del Pozo, debido a que lo planteado por él, ocurre en Colombia

---

<sup>19</sup> [http://www.gestionensalud.com/archivos/edicion\\_1.htm](http://www.gestionensalud.com/archivos/edicion_1.htm) MICRODISTRIBUCIÓN ASISTENCIAL: Ética y Asignación de Recursos Escasos, Pablo Rodríguez del Pozo, Noviembre 2,2007 12:30 PM

hoy por hoy y el proyecto estaría corrigiendo, ese esquema “**Interesado**” dentro del cual se mueve la salud, y que en últimas termina “**Condenando a muerte**” al paciente por un problema netamente económico,

### 3.4 EL DERECHO A LA SALUD

El derecho a la salud forma parte de los derechos humanos de segunda generación ó de derechos económicos, sociales y culturales, dicho derecho se resalta como necesario para hacer posible la divinidad humana, “Actualmente este derecho implica un mandato al estado en sentido de garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y las contingencias patológicas en condiciones de equidad, universalidad, eficiencia y solidaridad. Lo que es más categórico cuando el incumplimiento de dicho derecho compromete la vida y la calidad de vida de las personas en el sentido de ver afectada su capacidad de realizarse como sujetos morales.”<sup>20</sup>.

Desde una perspectiva asistencialista se considera el derecho a la salud como la prestación de un paquete determinado de actividades, intervenciones y procedimientos médicos por parte del estado, lo cual debe ser regulado por las normas, al considerar la salud de esta formase entiende la naturaleza del derecho a la misma como la libertad de comprarla.

Norman Daniels explora las condiciones en las que las decisiones de fijación de limite del derecho a la salud, pueda lograr legitimidad y desarrolla una matriz para la evaluación de la equidad de reformas de la atención de la salud que puedan ser utilizados por la organización mundial de la salud, a través del sistema de salud. Así mismo manifiesta que el peligro está en convertir este derecho e n una fuente de exigencias caras y permanentes que consumirán tarde ó temprano los recursos, al creer que se esta sobre un barril sin fondo.

“Actualmente, se discute mucho sobre las relaciones entre economía, ética y salud. Uno de los problemas principales que emerge es la manera de distribución de los recursos que los gobiernos destinan a los servicios de salud. Se discuten las prioridades en salud, pero pocas veces se debate la prioridad de la salud, si deberíamos de referirnos simplemente a los gastos. Esta posibilidad no se aplica por muchas razones de carácter social y político, pero **no se aplica también porque en realidad la salud no es prioridad de los gobiernos.**

El derecho a la salud es un fenómeno complejo que consiste en tres elementos: uno es el derecho a ser sanos, a la defensa y a la promoción de la salud, siendo los obstáculos principales las condiciones sociales, el hambre, el desempleo, la pobreza.

---

<sup>20</sup> IBID Pág. 21.

El segundo elemento es el derecho a la atención médica universal y calificada, siendo el obstáculo principal las discriminaciones que hacen los sistemas del seguro privado y público y otros de atención médica. Finalmente, el derecho a la participación colectiva e individual para la defensa y la promoción de la salud y al proceso de obtención de la información regular, y con una relación humana, no solamente con relaciones de poder, de autoridad, con quienes trabajan en el campo de la salud.”<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> <http://www.derechos.org/nizkor/paraguay/1997/26.html> Noviembre 8,2007 10:24AM 1.  
DERECHO A LA SALUD Introducción al derecho a la salud Lourdes I. Talavera

## 4 LA ATENCIÓN DE URGENCIAS EN COLOMBIA

### 4.1 SITUACIÓN Y ANTECEDENTES

- ✓ En los años 20's se da la transición hacia la salud pública con las campañas contra la fiebre amarilla y la unciniarasis, las cuales contaron con el apoyo de la Fundación Rockefeller.
- ✓ 1936 Durante el gobierno de la revolución en marcha de López Pumarejo, nace la seguridad social en Colombia, clara inspiración Bismarckiana, elevada a categoría de norma constitucional la responsabilidad del Estado en la asistencia social, como una función por excelencia del mismo.
- ✓ 1945 Se funda la caja nacional de previsión para empleados y obreros oficiales
- ✓ 1947 Se consolida el Ministerio del ramo.
- ✓ 1949 Comienza a funcionar el Instituto de Seguros Sociales.
- ✓ Desde inicios de los años 50's en el país se concreta el cambio de la concepción clásica de beneficencia y asistencia social a la seguridad social. Así mismo Colombia se inserta definitivamente en la economía mundial y la población inicia una rápida transformación de rural a urbana, con innegables efectos en los perfiles epidemiológicos y en la manera de sentir la salud y la enfermedad.
- ✓ En los años 60's con el frente nacional dentro de la estrategia política de la pacificación se concibe la salud ligada al desarrollo, la inversión en salud se entendió como contribución al desarrollo
- ✓ 1968 Se lleva a acabo la reforma del Estado (gobierno de Lleras Restrepo) aspiró a un hipotético alcance del progreso a través de los planes centralizados de desarrollo.
- ✓ 1975 como continuación de la visión planificadora y centralizada, se adoptó el enfoque sistémico (Gobierno de López Michelsen), definiéndose los objetivos del sistema nacional de salud, entre el cual cabe destacar la centralización de las unidades de salud, que se concibieron como una totalidad lógicamente articulada en un servicio único nacional de salud, que distribuyera y asignara los recursos, que fluyera local y regionalmente a través de diferentes niveles de atención, de modo que cubrieran las actividades y procedimientos, dando así prioridad a la atención básica. Materializándose la reforma constitucional de 1968.
- ✓ 1991 el panorama del sector salud, en nuestro medio era desalentador, dado que el gasto proporcional en salud se venía reduciendo paulatinamente, de un 8% -10% en los 70's a un 4% a finales de los 80's, se presentaban diagnósticos serios de ineficiencia, insolidaridad, inequidad, mala calidad etc. En conclusión una situación de estado intervencionista, con pretensiones de ser benefactor sin lograrlo.<sup>22</sup>
- ✓ Colombia inició en Diciembre de 1993 un nuevo y ambicioso camino dirigido a lograr en una década la cobertura en salud de todos sus ciudadanos.

---

<sup>22</sup> Galvis Cristian. Justicia Sanitaria Colección Pedagogía y Bioética, Universidad El Bosque, Bogota D.C.2002 Pág. 26-29

En esa fecha fue expedida la Ley 100, que pretende transformar el viejo Sistema Nacional de Salud, de corte asistencialista estatal y caracterizado por su organización vertical y planeación centralizada, en un Sistema General de Seguridad Social en Salud, basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un enorme componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos.

El viejo Sistema tuvo un gran desarrollo entre 1975 y 1984, con el crecimiento de hospitales, centros de salud y funcionarios del sector, pero la crisis fiscal de ese último año redujo los aportes para la salud del 8% del presupuesto nacional a menos del 4% en los años sucesivos y su cobertura efectiva quedó frenada indefinidamente en el 27% de la población.<sup>23</sup>

La crisis del sistema de salud colombiano, parte desde la preparación de nuestros profesionales de la salud, pues con la atención no oportuna, demasiado demorada y para hablar de una especie de cadena de la atención se continúa con los trámites, autorizaciones, firmas, sellos, fichas y extensas filas; otra parte de esta cadena de la atención es el servicio al usuario desde la línea telefónica y las respuestas de las IPS por parte del personal. Es triste decirlo, pero enfermarse en este país tiene un costo muy alto (en todos los sentidos posibles).

Es fácil deducir que la prestación de los servicios de Salud en Colombia, está en una profunda crisis, dado que los diversos entes de control, se muestran indiferentes ante los múltiples inconvenientes del sistema de salud, en temas como; la disponibilidad, la organización, la prestación y ubicación, Pero todo esto se ampara ante una ley que no le salva la vida a nadie.

✓ La crisis del sistema de salud colombiano<sup>24</sup>

Han transcurrido trece años de haberse aprobado la Ley 100 y sólo el sector financiero (las aseguradoras en salud) ha percibido beneficios. Todos los demás – hospitales, clínicas, trabajadores de la salud en todos los niveles y especialidades, pacientes de casi todas las clases sociales y de todos los regímenes y no regímenes de salud, en todas las regiones del país y de todas las edades, sufrimos la peor infamia que se ha cometido contra la salud y la vida de los colombianos. **Pasamos de ser pacientes aquejados a impacientes quejosos.**

Más plata en salud y menos atención

Aunque la plata que circula en el sistema de salud es mayor y aunque el dinero que los colombianos destinamos para salud también lo es, la atención cada vez es

---

<sup>23</sup> <http://www.saludcolombia.com/actual/lareform.htm#Organización> La Reforma El Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia noviembre 3,2007 10:30 AM

<sup>24</sup> [http://www.deslinde.org.co/Dsl40/Dsl40\\_la\\_crisis\\_del\\_sistema\\_de\\_salud\\_c.htm](http://www.deslinde.org.co/Dsl40/Dsl40_la_crisis_del_sistema_de_salud_c.htm) VÉLEZ, Marcela. Medica General Miembro de CEDETRABAJO La crisis del sistema de salud colombiano Octubre 23,2007 2:24 Pm

más limitada y las enfermedades prevenibles aumentan vertiginosamente. La cobertura del régimen contributivo pasó de 39,8% en 1998 a 30,1% en 2004 y la del régimen subsidiado pasó de 20,8% a 33,1% en el mismo periodo de tiempo. Según informe de 2005 de la Contraloría, el déficit de cobertura es mayor al 31%. Es decir, casi una tercera parte de los colombianos no pueden ni pisar un hospital, mientras que las otras dos terceras partes pueden pisarlo pero ello no garantiza que los atiendan, ni que les den el tratamiento que requieren.

Y como salud no es sólo intervenir en la enfermedad, sino prevenir y promocionar conductas saludables, pues en este campo sí que hemos retrocedido años luz. Desde 1928 el país no tenía una epidemia de fiebre amarilla como la que sufrimos recientemente, las tasas de esquemas de vacunación completos han descendido, los programas de tamizaje para enfermedades crónicas han caído y los programas de saneamiento básico son deplorables.

### **¿HAY CRISIS HOSPITALARIA?**

La crisis hospitalaria no se refleja en el cierre masivo de instituciones. En el país existen 1.200 entidades de todos los niveles (650 públicas y 550 privadas) que reúnen unas 55.000 camas.

El problema es que la mayoría se concentra en las grandes ciudades y en los sitios donde la gente tiene capacidad de pago.

La crisis se traduce en el cierre de servicios, despidos de personal y atraso tecnológico en los hospitales por la adaptación a un mercado donde la demanda de sus servicios está regida por un POS que responde a perfiles de enfermedad con más de una década de desactualización. Se suman dos hechos graves: las deudas (sobre todo de las aseguradoras y el Estado) y un mercado cuyas leyes estimulan la desocupación de las camas de primer nivel y la saturación de los hospitales grandes. Además, la práctica de las aseguradoras de limitar las tarifas de servicios de alto costo como cuidados intensivos, ha obligado a los hospitales a reducir peligrosamente la oferta de esta clase de servicios esenciales.

**Fuente. Periódico EL TIEMPO 08 Octubre 2006  
Sección Nación 1-16**

## 4.2 ANÁLISIS DE CASOS DISPONIBLES

Para evidenciar la situación que se presenta con el llamado “Paseo de la muerte” fundamento el análisis a través de los casos de la población Colombiana que se pueden encontrar en los diferentes medios de comunicación (radio-prensa) dichos casos fundamentan la propuesta de la creación del SOAPU, ratificando la importancia de generar un plan de contingencia de forma inmediata para evitar que más personas mueran sin atención oportuna a causa de los trámites y de la burocracia Colombiana en la prestación de los servicios de salud.

En varios municipios y poblaciones de nuestro país es posible evidenciar la falta de sensibilidad de algunos de los miembros de las entidades de salud hacia los pacientes que llegan hacia los diferentes puntos de atención en urgencias por diversas dolencias, que en la mayoría de los casos conducen a la muerte de la persona por falta de una atención oportuna y óptima.

Es frecuente escuchar que las personas deben desplazarse durante varias horas hacia los hospitales ó centros de salud para recibir atención médica, pero siempre prima el hecho de que es necesario cumplir con trámites que conllevan tiempo y desgaste físico y económico, lo que paralelamente implica que el paciente dispone de menos tiempo de vida en los casos más críticos, es decir que las posibilidades de recuperación disminuyen cuando de oportunidad en el servicio se refiere.

Cabe resaltar que en ocasiones la falta de organización interna dentro de la organización prestadora de salud, se refleja en la mala calidad del servicio prestado, así como la falta de capacitación del personal dado que a causa de los diagnósticos equivocados de profesionales en la salud, se han desencadenado problemas mayores de salud que con los que inicialmente llega el paciente al lugar de atención

 **TRES CENTROS MÉDICOS LE NEGARON ATENCIÓN POR FALTA DE SEMANAS COTIZADAS, Niño de 11 años, nueva víctima del ‘paseo de la muerte’ en Barranquilla.** (Texto completo Ver Anexo 4)

Este artículo permite evidenciar las consecuencias que ocasiona un mal diagnóstico emitido por un profesional en la salud, Dennis Urrieta madre del menor fallecido afirma “Lo que empezó como una simple fiebre, una semana antes, terminó en tragedia”.

Desafortunadamente los médicos no pudieron encontrar las causas de la fiebre y a medida que el tiempo transcurría la salud del pequeño se deterioraba aún más, por tal motivo la señora madre decidió llevarlo nuevamente a urgencias en donde solo le recetaban antibióticos, calmantes y lo regresaban a la casa, pero cuando el niño empezó a vomitar sangre uno de los médicos recomendó remitirlo a una unidad de

cuidados intensivos pero ellos no disponían de este servicio, por lo cual era necesario remitirlo a otra entidad.

Pero la fatalidad apenas comenzaba dado que la entidad a la cual se encontraba afiliado el niño (Colmedicas) no autorizó el traslado a la clínica Reina Catalina, con la excusa de que el niño no tenía el número de semanas requerido para efectuar el procedimiento. Con el pasar de los días y ante la gravedad de la salud de su hijo Dennis traslado al niño al Hospital Metropolitano. Allí le negaron atención porque no tenían convenio con Colmédicas.

Desesperada, Dennis corrió con su hijo a la clínica La Asunción, donde le exigieron 5 millones de pesos. Ella ofreció un millón, lo único que pudo reunir con sus familiares, pero no le aceptaron esa plata. Tuvo que regresar a Prevenir.

Amenazó con interponer una tutela. Trece horas después, el niño fue remitido, otra vez, a la Reina Catalina, donde demoraron más de dos horas para la admisión mientras el niño agonizaba en una camilla, sin el respirador artificial que necesitaba para sobrevivir.

Cuando se decidieron a atenderlo ya era muy tarde. Entró en crisis respiratoria, porque tenía los pulmones invadidos por la enfermedad. A los 11 años no lo mató el dengue, sino la indolencia. Actualmente la red de urgencias del Distrito de Barranquilla adelanta las investigaciones pertinentes, los directamente implicados se negaron a emitir declaraciones.

¿Cuanto tiempo más debe transcurrir y cuantas personas más deben morir a causa del comúnmente llamado “Paseo de la muerte”? ¿para que se tome una decisión definitiva y radical con respecto al tema?

#### **No es el primer caso de este año**

En Barranquilla han ocurrido seis casos similares, sólo este año. El sábado pasado, en el Hospital San Camilo, donde han muerto cuatro pacientes por circunstancias atribuidas a supuesta negligencia médica, falleció un menor de 15 años. La víctima sufrió un trauma craneoencefálico por una caída.

“Los médicos del centro de salud dijeron que el menor requería atención urgente de tercer nivel y comenzó el vía crucis con la Red de Urgencias Pública. “Llamamos 25 veces y nunca pudimos encontrar una cama desocupada en una unidad de cuidados intensivos. El niño permaneció 12 horas en urgencias, donde murió”, dijo el padre Humberto Van Enerven, gerente del Hospital San Camilo.

Nota: Este niño hubiera podido recibir mejor atención si sus familiares hubiesen tenido idea de como obligar a la EPS a responder, pues pasó una semana antes de que muriera. Obligue OPORTUNAMENTE a su EPS a responder!.

**Autor. William Ahumada Maury**

👉 **DENUNCIAN AL HOSPITAL TUNJUELITO POR DEMORAS Y MAL SERVICIO DE AMBULANCIA. ‘Paseo de la muerte’ a niña de 5 años.** opera la ambulancia de placas OIB 368 que es ilegal y no cumple requisitos para funcionar.

Con base en la información de este artículo, es importante plantear que la ausencia de organización y control de los hospitales a través de

La ambulancia tardó seis horas en recoger a la paciente. Luego la llevó sin auxiliar de enfermería. La niña murió en el hospital.

La tragedia llegó al hogar de Ferney Pinzón el pasado viernes, cuando su hija, Gineth, de 5 años, se convirtió en otra víctima más del llamado ‘paseo de la muerte’.

Ese día, hacia las 4:00 de la tarde, Ferney llevó a su niña al Centro de Atención Médico Integral (Cami) El Carmen, en el sur, para que le atendieran de urgencia por un problema respiratorio.

Debido a que el estado de salud de la pequeña se complicó, los médicos ordenaron su remisión al hospital Tunjuelito Nivel II y pidieron la ambulancia (placas OIB 368) con la cual opera este hospital.

Pero el vehículo apareció casi seis horas después y sin llevar ningún auxiliar de enfermería para que atendiera a la niña por el camino. Según denunció el padre, cuando la pequeña ingresó al Tunjuelito, hacia las 10:10 de la noche, ya estaba desfallecida.

Gineth murió media hora después de haber ingresado a este hospital.

“Este fue otro paseo de la muerte, porque aquí el servicio de ambulancia no funciona. Ese vehículo no cumple con los requisitos exigidos para operar. Anda solo con el conductor y sin auxiliar de enfermería para que asista a los pacientes”, aseguró el radiooperador del hospital Tunjuelito, Martín Contreras.

#### 👉 **Otro presunto caso**

Agregó que la ambulancia se demoró en llegar al Cami El Carmen, entre otras razones, porque después de salir del hospital Tunjuelito, el conductor se fue primero al Cami de Venecia a llevar unos exámenes y luego se trasladó a El Carmen a recoger a la niña.

Contreras afirmó que esta no es la única persona que ha fallecido en ese hospital por culpa de la demora de la ambulancia.

Contreras dijo que en enero de este año, otro paciente presuntamente falleció por esa misma causa. Y que en los últimos tres meses otras cuatro personas perdieron citas y exámenes por retardos o falta de ese transporte. Tales hechos los denunció el 3 de marzo, en una acción de tutela que interpuso ante el Juzgado 70 Civil Municipal.

El asunto se complica aún más, por cuanto la ambulancia que utiliza el hospital Tunjuelito es ilegal: no cuenta con la respectiva autorización de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) para prestar ese servicio. Por esa causa, la entidad suspendió ayer la operación de este vehículo.

Al gerente del hospital se le llamó ayer telefónicamente para informarle las denuncias y conocer su versión, pero no respondió.

**Fuente. Periódico EL TIEMPO 16 Marzo 2006**

### **Colombia, El FMI contento con paseos de la muerte**

“El Paseo de la Muerte” ronda en los hospitales colombianos pero FMI felicita el gobierno, 250 trabajadores de la salud toman el ministerio de trabajo y salud en Bogota “Esta es la primera respuesta obrera y sindical al “**Plan B**” neoliberal”, dicen los trabajadores que dicen que anualmente mueren 700 personas a consecuencia de la política neoliberal.

Ayer miércoles fueron tomadas las instalaciones del Ministerio de Protección Social por 250 trabajadores del sector salud que venían de toda Colombia. La masiva toma, que en este cierre de edición lleva más de 30 horas, es la respuesta sindical contra la política neoliberal que tiene consecuencia nefasta en este sector, dice Jaime Ariza, vicepresidente de ANTHOC, la federación sindical de salud. – La toma obedece más que todo a exigir al gobierno de Álvaro Uribe soluciones efectivas al grave problema que en materia de salud viene afrontando el pueblo colombiano.

La Ley 100 busca fortalecer el capital financiero a través la figura que se ha inventado como es el EPS (empresa publica de salud) o ARS lo cual va en detrimento de los hospitales públicos y la misma salud del pueblo. Por eso no es sorprendente de que hayan aparecido una serie de enfermedades como la tuberculosis, lepra, leismaniasis, malaria o paludismo que desde años han sido controladas o erradicadas. Esto ha disparado las indicaciones de la mortalidad. Dos personas por día mueren por el neoliberalismo Según el dirigente sindical, dos personas por día mueren como consecuencia por esta política. Sin embargo, 140 hospitales de tercer nivel se encuentran en eminente peligro ante una clausura. En mayoría de ellos, los trabajadores llevan en promedio 30 meses sin cancelar sus sueldos, lo cual también es un peligro por los pacientes. Según Ariza, el cierre de hospitales en este gobierno evidencia no detenerse, por el contrario.

Por eso la toma pacífica del ministerio de 20 pisos en el corazón de la capital colombiana.

El gobierno de Álvaro Uribe Vélez inició en sus primeros días de la presidencia (7 de agosto, 2002) la “reestructuración” del estado colombiano. Esto significa despedidos a más de 40.000 trabajadores y empleados públicos. En la mira está la salud pública que se transformará, según el vicepresidente de ANTHOC, a hospitales privatizados o convertidos en cooperativas donde todas las conquistas sociales y sindicales como el derecho a pliego de petición será derrotado. Así, el estado se lava sus manos de responsabilidad en este proceso de “out sourcing” público. Uribe, “padrino” en su calidad de parlamentario a principio de la década - 90 a las leyes “100” y “50” ahora sigue como presidente aplicando lo que Ariza caracteriza como arrasar con la salud pública y la estabilidad laboral.

Los beneficiarios son el capital financiero y transnacional en el sector de la salud como Colsanitas, entre varias empresas. El plebiscito sobre el “Referendo” el 25 de octubre, tenía la ambición de legitimar, dice Ariza, esta política neoliberal, pero sufrió una derrota total ya que ni siquiera había un electorado suficiente. “El Paseo de la Muerte”.

En Cartagena tenemos “El Paseo de la Muerte”. ¿En que consiste? Como no hay capacidad resolutoria para atender pacientes con algunos tipos de enfermedades, le dan a buscar en ambulancias de clínica en clínica, hospital y hospital, y en medio de esos viajes fallece el paciente. – Pero pasa algo peor; se ha institucionalizado la muerte al interior de los centros hospitalarios, por que, como se cerró el Hospital Universitario para atender el tercer y cuarto nivel, no hay capacidad resolutoria de las otras instituciones.

**Fuente. Caracol radio Thursday, Jun. 09, 2005 at 6:49 AM**

 **Hospital Regional se acerca a otra crisis.**  
Usuarios, los más afectados

Más de dos horas tuvo que esperar Julieth Paola Consuegra, de 6 años, para que en Urgencias del Hospital Regional la atendiera un especialista. Esto ocurrió en la noche del 31 de Mayo, luego de arribar casi desmayada al centro asistencial. Su abuela, Carmen Bartolomé Arévalo, estuvo ese tiempo tratando de reanimar a la pequeña mientras acudía a la paciencia para que a su nieta se la atendieran, luego de sufrir un golpe en la parte frontal de la cabeza que la mantuvo sin sentido por varios minutos.

Julieth y su abuela provenían de Berrugas, corregimiento de San Onofre. Al momento de llegar al Hospital, tenía fiebre, asevera su abuela quien sostuvo que la primera atención se la brindó una doctora del Hospital quien le instó a que

esperara al especialista, pero éste no llegó sino hasta varias horas después.

El Universal estuvo en ese momento confirmando la demora y observó cómo la niña yacía dormida al lado de su abuela sólo con suero aguardando al demorado especialista. Mientras tanto, en la Sala de Reanimación, abuela y nieta escuchaban otra de las pacientes, Ana Fermina Pérez de Hernández, quien se quejaba de un fuerte dolor en su pierna izquierda, causado por la trombosis venosa profunda.

Según su hija, Ana Hernández, también llevaba un tiempo esperando la atención de un especialista, pero no apareció sino hasta algunas horas después. Al momento de intentar conversar sobre el por qué de esas demoras con la enfermera jefe, ésta se negó argumentando que estaba muy ocupada.

### **Otros pronunciamientos**

Otra de las personas que estaba en el lugar, el concejal de Sincelejo, Norbey Moreno Romero dio a conocer que también ha hecho seguimiento ocasional a la atención de Urgencias que brinda el Hospital. Sobre el particular, dijo a este medio:

"Estamos liderando la campaña de no darle la espalda a la salud en el municipio de Sincelejo. Comenzamos con el sector público y luego, con el privado. No podemos darle la espalda a la negligencia médicas, la falta de conciencia y de espíritu que se observa en Urgencias del Hospital Regional".

El cabildante acudió con otros colegas la semana pasada, en horas de la noche y se encontró con escenas similares a las que observó El Universal.

"Yo estaba desde las 6 de la tarde es que había una serie de pacientes que ya estaban evaluados por el médico general y que necesitaban una más especializada pero ésta nunca apareció. Nunca vimos el cirujano".

Moreno Romero llamó la atención sobre la vigencia del contrato que el Regional sostiene con los especialistas y dijo que, según lo que observó, no se está cumpliendo, por lo cual anunció que el tema será tratado en el Concejo con el material gráfico recogido durante varias noches en Urgencias.

En seguimiento al tema, El Universal conoció que a muchos especialistas del Hospital Regional les tienen una deuda de varios meses de honorarios. Las directivas del Hospital sostienen que también han conocido sobre algunas quejas por las demoras de varios de éstos profesionales.

"Esto es un hospital público, no atiende solamente a la élite. Sí hay demoras y tratamos de que estas quejas se minimicen", explicó Rodolfo Quessep Esguerra, gerente del Hospital Regional de Segundo Nivel de Sincelejo.

Si bien algunos especialistas aceptaron a hablar sobre el tema, otros ser mostraron reacios, pero unos que pidieron reserva de su nombre expresaron que la celeridad en el pago en algunas ocasiones ha estado supeditada a preferencias, incluso políticas, y por eso, varios sectores se han sentido inconformes y otros prefieren no hablar.

El caso es que Julieth y Ana Fermina esperaron más de dos horas para que las atendiera un especialista pese estar en estado delicado que el Hospital reconoce que, debido a que su vinculación con estos médicos es por contratos no directos, no se puede tener control estricto sobre sus horarios en casos imprevistos, como el del 31 de mayo, sobre todo, si ya han cumplido con su asignación diaria de horas.

En cuanto a la situación laboral de un caso similar no se salva tampoco el Hospital de Corozal. Actualmente les deben cinco meses a los especialistas y, por causa de una demanda que interpuso uno de ellos, quien argumentó que le habían quedado debiendo unos emolumentos, está embargado desde el pasado martes. Este proceso está en un juzgado de ese municipio.

En el Regional de Sincelajo, los especialistas están contratando con estos hospitales a través de cooperativas de profesionales.

Según la fuente, aunque los hospitales están ahorrándose el déficit prestacional siguen sin pagar a tiempo los contratos. En el de Sincelajo, los contratos se establecen con más de cuatro cooperativas.

El Universal intentó recoger versiones de varios especialistas sobre esa deuda que les tiene el Hospital. Específicamente, este medio se comunicó vía telefónica con el ginecólogo Rafael Ramírez quien dijo que no podía dar esa información y por el contrario, instó a averiguarla con las directivas del Hospital, las cuales, afirmó, la podían brindar de forma "... más fidedigna".

Otro de los consultados fue el ginecólogo y perinatólogo Jaime Hernández Herazo, quien confirmó su vinculación con el Hospital Regional de varios años y la deuda que éste le tiene desde el mes de febrero.

Explicó que la cancelación ocurre cada mes vencido pero 30 días más tarde, además de esto, aseveró que siempre ha habido demoras para cancelarles. Él pertenece a la cooperativa Quirucoop, a cargo del médico Guillermo Carriazo, pero indicó que hasta el momento esa situación se ha manejado de forma concertada sin todavía pensar en acciones jurídicas de reclamación.

"Siempre hemos tenido buena relación con la parte administrativa. Nos hemos puesto la camiseta", manifestó además de que sigue prestando de forma normal sus servicios y que no participado en cese de actividades.

Precisamente, el ginecólogo Guillermo Carriazo fue otro de los consultados por El Universal. En un principio expresó que en este momento el Hospital estaba dentro del plazo estipulado para pagarles, pero después, se mostró reacio a brindar más información y solicitó que no se publicara aseverando que en este momento no les están debiendo nada y que por ello no estaban cobrando. **"Sí debemos, pero no hay discriminación"**. Por su parte, el Gerente del Hospital Regional de Segundo Nivel de Sincelejo, confirmó que sí se les está adeudando más de cuatro meses a los especialistas pero negó que haya algunos a los que se les deba más que otros o que se tenga preferencia al momento de pagar, como dijeron las fuentes.

En este momento, el Hospital espera que el Ministerio de Protección Social les cancele el 60% que les debe de los 2 mil millones que les autorizó para este año como asignación especial. Con esos recursos se espera cubrir la deuda con los especialistas, anotó Quessep Esguerra.

Igualmente, reveló que también se debe a la cooperativa de enfermeras tres meses y a la de mantenimiento, dos meses. La nómina está al día.

Quessep manifestó que las quejas contra algunas situaciones que han tenido que ver con la atención de los especialistas son comunes, sin embargo, explicó que la única solución es la aplicación de turnos presenciales, pero los costos para el Regional serían insostenibles.

El Hospital lo intentó hacer con los ginecólogos y pediatras pero definitivamente no habría cómo pagarles. Si bien en muchas ocasiones hay que esperar que el especialista llegue pues está en otro centro asistencial se busca disminuir el número de quejas y en eso se ha mejorado, aseveró Quessep Esguerra.

En general, la directiva respaldó la labor que están cumpliendo sus especialistas y por ello, está tratando de abrir todo el material logístico. De otra parte, el directivo también reiteró que el Hospital está ad portas de una nueva crisis financiera, pese a que se había presagiado que el 2005 sería una mejor vigencia.

En la actualidad, el recorte que ordenó el Conpes fue de más de 40% pero el caso más grave es que la Nación sólo está pagando un tercio de lo que se le está cobrando por atención a vinculados, que concentra la mayor parte de la atención, sostuvo Quessep Esguerra.

Como ejemplo tomado por el funcionario, mensualmente se factura en promedio mil millones de pesos por atención a población vinculada pero sólo se está cancelando cerca de 300 millones.

Con respecto a esto, pese a que varios departamentos lograron que el 90% de lo recortado se devuelva, como lo confirmó el gobernador de Sucre, Jorge Anaya, la mejora no sería sustancial, advirtió el Gerente del Hospital Regional.

Este año, el Hospital hizo una gran inversión para la parte física y el reajuste de salarios que generaron la necesidad de una gran cantidad de recursos que, finalmente, no llegaron. Una de las medidas de contingencia que se está buscando aplicar es la de trasladar la Unidad Materno Infantil, que está funcionando en una sede alterna hacia la planta principal. Teniendo en cuenta que, cuantitativamente, la Unidad supera en atención a otros centros asistenciales como el Hospital Regional de San Marcos, la permanencia de sus servicios debe mantenerse a toda costa, insistieron las directivas.

Desde 2003, los recortes han sido consecutivos y por tanto, el déficit del Hospital ha aumentado en razón de 6 mil millones de pesos por año, en las últimas tres vigencias, en promedio.

El problema sigue siendo la atención del segundo y tercer nivel, pues esto es lo que menos se está pagando pues el primer nivel está asegurado con la cancelación que hace de sus afiliados el Régimen Subsidiado.

Sin embargo, este ítem también está presentando disminución identificándose una disminución del recaudo mensual con relación a lo ocurrido el mes anterior y ante esto, todavía no hay respuesta, puntualizó Quessep Esguerra.

**BEATRIZ DIEGÓ SOLANO**

***Fuente. Caracol radio Thursday, Jun. 09, 2005 at 5:54 AM***

### **👉 Muere otro niño por 'Paseo de la Muerte' en Santa Marta**

El niño Andrés Felipe de León, de 18 meses de edad, murió en la clínica El Prado de Santa Marta donde fue atendido después de un largo y tortuoso recorrido por otros centros asistenciales que le negaron atención médica.

Según Alberto de León, abuelo del pequeño afectado por una lesión neurológica, clínicas y hospitales de la ciudad le negaron el servicio de urgencias al niño por no contar con camas en algunos de esos centros asistenciales, y por falta de convenios en otros, según relatan los familiares.

La denuncia es la segunda con orígenes fatales que involucra a los centros médicos más importantes de Santa Marta, ciudad que atraviesa por una de sus peores crisis en el servicio médico a la ciudadanía. De hecho, el hospital central Gómez Barreneche, está prácticamente cerrado por falta de recursos económicos. Otras clínicas como "La Milagrosa" no cuentan con camas suficientes y en otros no existen unidades de cuidados intensivos para niños.

### **Supersalud investiga muerte de menor en Santa Marta**

El Superintendente Nacional de Salud, Cesar Augusto López, dijo que se adelantará una investigación rigurosa y efectiva, para determinar los responsables del denominado "paseo de la muerte" en Santa Marta, que deja dos niños muertos en las últimas semanas.

Afirmó que la semana anterior se reunió con el gobernador de Magdalena, Trino Luna, ya que muchas de esas circunstancias se presentan porque los hospitales no tienen buenos servicios de salud, y por eso van a trabajar en el proceso de habilitación de IPS.

Anunció que adelantará una investigación rigurosa y efectiva, y por eso hay investigaciones que en dos meses ya tienen la segunda instancia fallada. También se incrementaron las multas de cinco o diez millones de pesos hasta 150 millones de pesos en algunos casos.

Afirmó que no le temblará la mano para sancionar a los gerentes o los responsables de la red involucrados en el denominado paseo de la muerte.

El Superintendente informó que ya han adelantado procesos a varios prestadores de salud, particularmente en la costa Atlántica, y en Cartagena se han sancionado cerca de 14 agentes del sistema por el denominado paseo de la muerte, de la misma manera se está investigando el caso de Santa Marta de hace varias semanas, donde murió otro menor de edad.

Por su parte el director ejecutivo de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, Juan Carlos Giraldo, dijo que las instituciones prestadoras de salud tienen la obligación constitucional y legal de que los pacientes que llegan solicitando atención de urgencias es obligatorio atenderlos, y no puede haber ningún tipo de trámite, ni administrativo, ni ninguna excusa de otro tipo para argumentar la no atención.

**Fuente. Caracol radio Thursday, Jun. 09, 2005 at 6:49 AM**

### **5.3 SANCIONES**

Teniendo como referencia todos los casos que se suscitan día a día con el comúnmente llamado Paseo de la muerte, el gobierno estatal y las instituciones de control, han tomado medidas a fin de garantizar la prestación de los servicios de urgencias a la comunidad en general y evitar dicha situación que desencadena tan grave problema. Para soporte del tema, me permito citar dos artículos del presente año, en los cuales se hace referencia a las disposiciones tomadas. Aunque es un gran avance puede decirse que falta mucho trabajo y control sobre el tema.

**“REESTRUCTURACIÓN HOSPITALARIA EVITA EL DESGREÑO DE LO PÚBLICO”<sup>25</sup>** .Anunció sanciones para las entidades de salud que no atiendan los casos de urgencias de la comunidad para evitar el “paseo de la muerte”

Barranquilla, 9 may. (SNE). El presidente Álvaro Uribe Vélez, afirmó este martes que la reestructuración de 126 hospitales por parte del Gobierno Nacional en todo el país, es el mejor camino para evitar el desgüeño de lo público y ponerlo al servicio de la comunidad. Así lo aseguró durante la visita que realizó a las instalaciones del Centro de Atención y Rehabilitación Integral -CARI- de la ciudad de Barranquilla, entidad de salud que fue reestructurada.

“¿Por qué camino vamos? Vamos por el camino de evitar esa privatización, ese cierre de lo público, que recorrió América Latina en los años 90. Vamos por el camino de evitar que lo público sea derroche, que lo público sea desgüeño, vamos por el camino de recuperar lo público para su dueño, que es la comunidad, vamos por el camino de tener unos hospitales públicos, los mejores al servicio de la comunidad”, dijo el Presidente.

Además destacó las acciones que en este sentido han emprendido las administraciones departamentales, para cumplir con el objetivo de mejorar el sistema de salud del país.

“El extremo de que esos hospitales públicos del desgüeño, le presten poco servicio a la comunidad y sirvan simplemente para el clientelismo, para la politiquería, para los excesos sindicales, o el extremo de que se cierre. Nosotros no aceptamos ni lo uno ni lo otro y hemos encontrado un gran aliado, el señor Gobernador, su equipo, para poder entregarle al departamento una solución”, refiriéndose al caso específico de Barranquilla.

El Jefe de Estado también anunció que la prestación de servicios de urgencia de manera prioritaria –con o sin carnét- por parte de todas las entidades de salud del país, es otra de las acciones dispuestas por el Gobierno Nacional para luchar en contra de lo que se ha denominado el “paseo de la muerte”.

“Los colombianos demandan acciones contra el paseo de la muerte, la reestructuración de 126 hospitales públicos es una gran respuesta contra esta tragedia social que es el paseo de la muerte”, dijo.

Añadió que el ministro de la Protección Social, Diego Palacios, “ha producido todas las normas jurídicas, para que sea obligatoria, con o sin contrato, con o sin carné, la prestación de servicios de urgencia, las normas jurídicas que ha expedido el Ministro son imperativas”.

---

<sup>25</sup> [http://noticias.presidencia.gov.co/prensa\\_new/sne/2006/mayo/09/19092006.htm](http://noticias.presidencia.gov.co/prensa_new/sne/2006/mayo/09/19092006.htm) Noviembre 6, 2007 12:10Pm

El Presidente explicó que la entidad de salud considera que no cuenta con los recursos científicos para atender al paciente que demanda el servicio o este no es de urgencia, tiene que hacerlo constar por escrito, de lo contrario enfrentarán las sanciones. Todas estas instituciones deberán contratar con personal idóneo para prestar los diferentes servicios médicos.

Finalmente otra de las acciones que destacó el presidente Uribe Vélez es el incremento en la cobertura del régimen subsidiado de salud. “Hemos pasado de un aseguramiento de 23 millones y medio de personas, a un aseguramiento de 34 millones cien mil personas. Crecimos de 10 millones de asegurados a 18 millones 600 en régimen subsidiado, y crecimos dos millones y medio en el régimen contributivo”.

“Estas acciones ponen las bases para que en los años que vienen Colombia pueda llegar a cobertura universal en régimen subsidiado de salud, avanzar en régimen contributivo y con mejor calidad”, enfatizó el Presidente.

## **INICIATIVA CONJUNTA DE 200 INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD PARA MEJORAR ATENCIÓN DE URGENCIAS**

### **Histórico Acuerdo**

Hospitales hacen pacto contra 'paseo de la muerte' Por decisión propia pusieron en marcha un plan para garantizar que los pacientes sean atendidos. Aseguran que trámites pasarán a segundo plano.

En un hecho sin precedentes, 200 hospitales, clínicas y fundaciones suscribieron una iniciativa para reducir al máximo las fallas de atención en los servicios de urgencias del país. La idea, según Juan Carlos Giraldo, director de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, es evitar que vuelvan a ocurrir episodios como los llamados "**Paseos de la Muerte**", con la adopción de criterios como "la atención es primero, el trámite después".

En adelante, ni el personal de vigilancia ni el administrativo tendrán autorización para emitir conceptos sobre el estado de salud de una persona. Aseguraron que pedirán a los organismos de control que vigilen el cumplimiento de esta iniciativa, que ya fue puesta en marcha en buena parte de los hospitales.

Doscientas instituciones prestadoras de salud (IPS) públicas y privadas del país, entre las que se cuentan clínicas, hospitales y fundaciones, presentaron ayer un plan para garantizar el cumplimiento oportuno de la atención en los servicios de urgencias.

"El propósito es reducir a cero episodios como los llamados 'paseos de la muerte' con desenlace fatal, de los cuales, según la Defensoría del Pueblo, se presentaron veinte en el 2006", dijo Juan Carlos Giraldo, Director General de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

Las instituciones que asumieron el compromiso suman alrededor de 21.000 camas hospitalarias (más del 40 por ciento de la capacidad instalada general en el país) y atienden cada año entre 12 y 14 millones de urgencias.

Mientras los estándares contemplan que por cada 100 consultas, alrededor de 50 se hacen por urgencias, en el país esa relación es de 65 por cada 100: "Hay una creciente demanda de este servicio, entre otras razones por los problemas de atención que los afiliados encuentran en el sistema. Al no obtener citas médicas oportunas cuando se sienten mal, acuden a urgencias", explicó Giraldo.

**A reducir quejas.** La saturación que esto genera, sumada a otros factores, como los trámites administrativos y la conducta de algunos miembros del personal de estas áreas, llegan a dificultar el acceso de los pacientes a una atención médica oportuna. Tras identificar factores como estos las IPS se comprometieron a cumplir con cinco deberes que facilitarán el ingreso a urgencias (ver recuadro).

"Es una manera de volver a lo esencial dentro de un sistema de salud, que son los pacientes", recalcó Roberto Esguerra, presidente de la Fundación Santa Fe. Giraldo invitó a las EPS a sumarse a la iniciativa, pues una de las principales causas de congestión, según la Asociación, son las trabas administrativas.

Sobre esta iniciativa, Juan Pablo Currea, presidente de la junta directiva de Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, afirmó que "para las EPS es una prioridad procurar la atención de las urgencias de los afiliados. Es un mandato legal ineludible. En tal sentido, apoyamos estas iniciativas y nos comprometemos a agilizar los procedimientos que dependan de nosotros con ese fin".

Aunque no hizo parte del grupo inicial de esta propuesta, la Clínica San Pedro Claver, a través de su director, Pedro Dávalos, también dijo que la adoptará: "De hecho, en el último semestre hemos implantado medidas que van en el mismo sentido, y que han mejorado la percepción de los usuarios sobre el servicio de urgencias, que es el de mayor volumen en la capital".

**21000** El total de camas que reúnen los hospitales que hacen parte de la iniciativa, más del 40 por ciento de la capacidad instalada en el país. En ellos se hacen, cada año, entre 12 y 14 millones de consultas.

Algunas de las IPS son:

Fundación Santa Fe, Bogotá, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, i Clínica Palermo, Bogotá, i Profamilia, Bogotá, i Clínica Reina Sofía, Bogotá, i Hospital Universitario La Samaritana, Bogotá i Clínica Shaio, Bogotá, i Hospital San Vicente de Paúl, Medellín.

- Clínica Santa María, Medellín.
- Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín.
- Centro Médico Imbanaco, Cali.
- Clínica La Asunción, Barranquilla.
- Hospital Infantil Rafael Henao Toro, Manizales.
- Hospital Departamental de Villavicencio.

- Hospital Departamental Universitario del Quindío
- Hospital Federico Lleras Acosta, Ibagué

### **LOS CINCO COMPROMISOS ADOPTADOS**

1. El 'ojo clínico' solo corresponde a los médicos. El personal de seguridad y de administración no dará opiniones sobre el estado de salud de los usuarios.
2. El triage (primera valoración del paciente) debe ser para dar prioridad a los casos graves y asignar tiempos de atención, nunca para rechazar pacientes.
3. La **recepción**, atención, valoración y tratamiento de los pacientes es primero, los trámites van después.
4. **Si el caso no es grave**, es deber del personal del servicio ayudar al paciente a conseguir una cita por consulta externa o prioritaria, preferiblemente en la misma institución.
5. Si la institución puede resolver todo el problema del paciente, lo hará, y solo lo remitirá a otro hospital en caso absolutamente necesario.

Los hospitales anunciaron la creación de un observatorio para hacer seguimiento de esta iniciativa y definir indicadores; en él participarán las entidades mismas, los entes de control, comunidad y los medios.

**Fuente. Periódico EL TIEMPO 19 Julio 2007  
Sección Nación 1-4**

## 6 PROPUESTA DESDE LA BIOÉTICA

Con base en las consideraciones planteadas en los capítulos anteriores, y conciente que se requiere una solución de fondo, para la atención de pacientes que acceden a los servicios de urgencias, presento la propuesta de creación de un Seguro Obligatorio, equivalente al SOAT, a través del cual se garantice la prestación del servicio a los pacientes en urgencias y así evitar que se siga presentando el Paseo de la Muerte en Colombia.

El trabajo de campo correspondiente a esta propuesta fue realizado sobre una idea original del autor de este proyecto, la cual se documentó y formalizó a través de los estudiantes Fernando Naranjo, Omar Ricardo Bermúdez y Cesar Montañez, y con el apoyo del Dr. Hernando Ospina de la Clínica Chía. Para lo cual se desarrollaron los siguientes puntos:

### 6.1 PERCEPCIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN LOS USUARIOS

La percepción del usuario se toma de la encuesta realizada por la Defensoría del Pueblo titulada “Evaluación de los servicios de salud que brindan la Empresas Promotoras de Salud 2005”, y la medición “se basa en las distintas calificaciones que el usuario le da a los servicios a los que accede, al deseo de cambio de la entidad que presta los servicios, a la satisfacción percibida por la red de prestadores que tiene su entidad y al lugar en donde está ubicada la central de autorizaciones”<sup>26</sup>.

Considerando esta investigación, “los resultados de la encuesta revelan indicadores de percepción altos, especialmente en los servicios de medicina general, imágenes diagnósticas y realización de exámenes de laboratorio. Adicionalmente, se concluye que los servicios que menos satisfacen a los usuarios son: La atención administrativa, la ubicación de centrales de autorizaciones y la satisfacción con la red de prestadores de su entidad aseguradora”<sup>27</sup> (ver tabla 1).

**Cuadro 1.** Calificación del servicio según variables<sup>28</sup>

ITEM	RÉGIMEN		Total
	Contributivo	Subsidiado	
Calificación del servicio de medicina general	94,02	96,27	94,6
Calificación del servicio de imágenes diagnósticas	91,33	95,79	92,39
Calificación del servicio de exámenes de laboratorio	91,45	94,53	92,27
Calificación del servicio de medicina especializada	91,01	94,84	92,01
Calificación del servicio de urgencias(*)	89,09	93,20	90,08
Calificación del servicio de odontología	85,24	93,53	86,71

<sup>26</sup> DEFENSORÍA DEL PUEBLO, Evaluación de los servicios de salud que brindan la Empresas Promotoras de Salud 2005, Índice de Satisfacción de usuarios de salud-ISUS, Op.cit., p.68-69.

<sup>27</sup> Ibid., p.69

<sup>28</sup> Ibid., p.69

### Continua Cuadro 1. Calificación del servicio según variables

Calificación del servicio de cirugías	84,32	87,16	85,14
Calificación del servicio de entrega de medicamentos	83,35	88,54	84,74
Calificación de la Entidad	81,97	88,7	83,79
Deseo de cambio de Entidad	79,1	88,63	81,68
Calificación de atención administrativa	79,47	85,53	81,09
Satisfacción con ubicación de central de autorizaciones	76,81	72,92	75,76
Satisfacción con la red de prestadores	69,21	74,74	70,73
PERCEPCIÓN	82,91	86,58	83,91

**Fuente:** Defensoría del Pueblo. Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud. 2005

(\*)**Nota:** La franja amarilla hace referencia al objeto de estudio.

El cuadro anterior permite visualizar que la calificación del servicio de urgencias, se encuentra en un rango medio alto con una nota de 90,1 sobre 100<sup>29</sup>. Considerando la alta calificación para la atención del servicio de medicina general, imágenes diagnósticas, exámenes de laboratorio, medicina especializada y en urgencias, existe queja por la atención administrativa, por la actitud de los funcionarios y por la desinformación sobre los servicios disponibles.<sup>30</sup>

Otro elemento que incide en la prestación de un servicio inadecuado es la falta de atención, por no contar con los contratos vigentes con las diferentes IPS, y por la falta de cubrimiento en todo el país.

**Índice Percepción<sup>31</sup> de la IPS comparado con las EPS.** La base de evolución de éste, es la Séptima Encuesta de Percepción adelantada por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas –ACHC- ; la cual se expone en tres variables: contratación, confianza, y pagos.

Sobre el tema pagos, se consideran los siguientes factores:

- Las normas que se deben tener en cuenta para el pago oportuno cuando no existen glosas<sup>32</sup>.
- El porcentaje de glosas justificado.
- El porcentaje de objeciones de la EPS con respecto al momento de la facturación.

Con base en este trabajo se revisaron 20 EPS que durante el año 2005 manejaban el régimen Contributivo (Ver Anexo 1). La evaluación fue realizada por un centenar de IPS entre públicas y privadas a nivel nacional, afiliadas a ACHC.

<sup>29</sup> Ibid., p.69

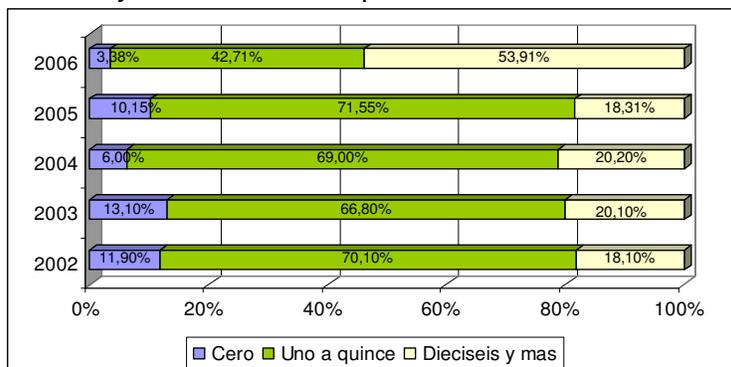
<sup>30</sup> Ibid., p.71

<sup>31</sup> **Índice de percepción (IP):** En el proceso de IP, se busca valorar que tanto contribuye cada una de estas preguntas y sus respectivas áreas a la medición del aspecto de interés y, además, si dentro del conjunto de variables incluidas existe uno o más variables a asociar (subgrupos de variables). Cada una de éstas genera una ponderación particular para la generación del Índice IP.

<sup>32</sup> ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, IPS evalúan a las EPS: La Séptima Encuesta. En: Revista Hospitalaria. Año. 7 No. 47 (mayo - junio 2006); p.4, 6,13-14.

Para el año 2006 se presentó un deterioro respecto de las glosas, para el 96,6%<sup>33</sup> de las EPS así; El 53,91% registra que se glosa más del 16% del valor de la facturación, el 42,71% entre 1% y el 15% y 3,38% dice no registrar glosas. (Ver Gráfico 1).

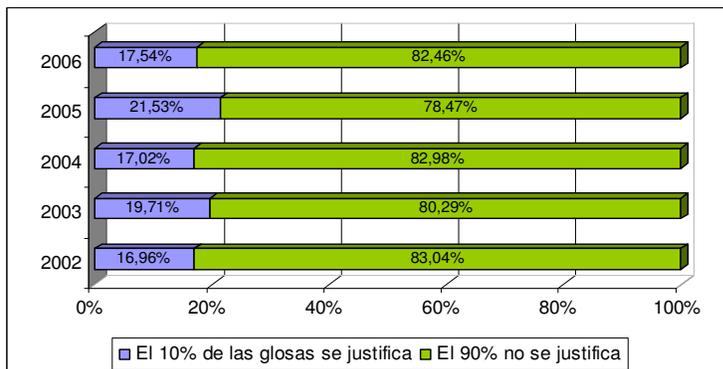
**Gráfico 1.** Índice de objeciones de EPS por facturación.



**Fuente:** Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas –ACHC-, Séptima Encuesta. 2006

Adicionalmente, el 82,46% de los registros indican que el 90% de lo glosado no se justifica y el 44,9% de los registros observan que la parte glosada no se paga en los términos corrientes. (Ver Gráficos 2 y 3)

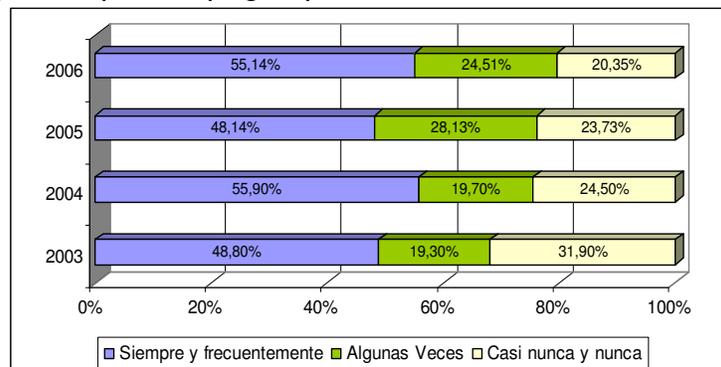
**Gráfico 2.** Porcentaje de glosas con justificación.



**Fuente:** Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas –ACHC-, Séptima Encuesta. 2006

<sup>33</sup> Ibid., p.14.

**Gráfico 3.** Requisitos para el pago oportuno.



**Fuente:** Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas –ACHC-, Séptima Encuesta. 2006

Se puede concluir que en el 2006 se presentó un aumento de 34,76 puntos porcentuales con respecto a las últimas cuatro encuestas del porcentaje que glosa con respecto al monto de la facturación y que se glosa más con menor justificación, lo cual trae como consecuencia, “incrementar los índices de demoras en los pagos correspondientes a las IPS”<sup>34</sup>.

Teniendo en cuenta el análisis anterior, se debe diseñar un mecanismo, a través del cual se asegure el pago oportuno y un medio por el cual se garantice la evaluación y parámetros de las glosas y sanciones hacia las aseguradoras, el FOSYGA y entidades que intervengan en el pago de la facturación.

## 6.2 EVALUACIÓN DEL MERCADO

Con el fin de determinar la población beneficiaria o usuaria del servicio, se realizó una evaluación y contextualización del mercado, desde el punto de vista de las personas que requieren atención en el servicio de urgencias.

Con base en la ley 100 del 1993 y la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se determina que “Todos los ciudadanos deberían estar afiliados a alguno de los regímenes del SGSSS y sus empleadores o el Estado tienen la obligación de facilitar esta afiliación”<sup>35</sup>.

Entre el año 2003-2004, la afiliación al SGSSS “creció en 18,45% alcanzando un total de 30.410.724 afiliados. Para el 2004, el número de afiliados era de

<sup>34</sup> **Economía:** Estudio de clínicas y hospitales dice que solo hay cinco Empresas Promotoras de Salud aceptables [base de datos en línea]. Bogotá D.C.: El Tiempo, “Actualizado continuamente” [citado en 2006-07-11; 08:00]. Disponible en Internet: <[http://eltiempo.terra.com.co/economia/2006-07-11/ARTICULO-WEB- NOTA\\_INTERIOR-2999487.html](http://eltiempo.terra.com.co/economia/2006-07-11/ARTICULO-WEB- NOTA_INTERIOR-2999487.html)>.

<sup>35</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Principios rectores [documento consecutivo en línea]. Bogotá D.C.: OPS, 2004 [citado en 2006-07-23; 20:47]. Disponible en Internet en: <<http://www.col.ops-oms.org/ONUSIDA/politico.htm>>.

14.857.250 al Régimen Contributivo y 15.553.474 pertenecientes al Régimen Subsidiado. Obteniendo una cobertura total de 67,09% de la población estimada (ver Cuadro 2).<sup>36,37</sup>

**Cuadro 2.** Afiliación al SGSSS por Régimen

REGIMEN	PERSONAS AFILIADAS	PORCENTAJE
Contributivo	14.857.250	48.9%
Subsidiado	15.553.474	51.1%
<b>TOTAL</b>	<b>30.410.724</b>	<b>100%</b>

REGIMEN	PERSONAS AFILIADAS
Vinculados al sistema	13.095.278

**Fuente:** Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones. En: Ministerio de la Protección Social Informe de Actividades 2004-2005 al Congreso de la República. Bogotá D.C.

### 6.2.1 Elementos del SGSSS:

- a) “Afiliados Régimen Contributivo: Pertenecen los empleados que se vinculan a las Empresas Promotoras de Salud (EPS), a través de su contrato de trabajo o los pensionados por deducción directa, efectuada sobre los dineros recibidos por jubilación, o los trabajadores independientes, que realizan el aporte correspondiente. Las EPS deben garantizar los servicios de salud a sus afiliados, a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS).
- b) Afiliados Régimen Subsidiado: corresponde a la población desamparada y vulnerable del país. Protege especialmente a mujeres en embarazo, parto, posparto y lactancia, madres comunitarias, mujer cabeza de familia, menores de 1 año o en situación irregular y minorías étnicas. Su afiliación se hace a través de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), entidades aseguradoras que garantizan la prestación de los servicios de salud a las IPS públicas o privadas.
- c) Vinculados al sistema: Personas a quienes por motivo de incapacidad de pago y mientras consiguen su afiliación al régimen subsidiado o al contributivo, el Estado debe garantizar el acceso a los servicios de salud.
- d) Regímenes de excepción: Hace referencia a las instituciones que se rigen por reglamentos y normatividad que no es aplicable para el resto de la población, ni ingresan al SGSSS establecido por la Ley 100, como fuerzas militares y de policía, ECOPETROL y magisterio”<sup>38</sup>

Para determinar el número de casos diarios en que se presenta el “Paseo de la Muerte”, se parte del número de personas expuestas a este riesgo por no estar cubiertas por alguno de los casos mencionados anteriormente, o que estando afiliados a estos no tienen cobertura por alguna condición o característica especial

<sup>36</sup> La población proyectada según el DANE para el año 2004, fue de 45.325.260

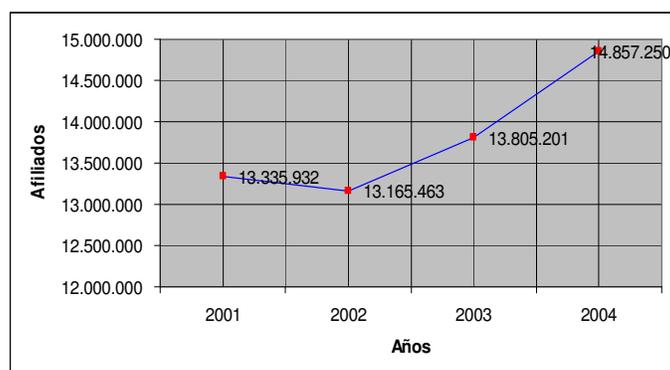
<sup>37</sup> PALACIO BETANCOURT, Diego. Ministro de Protección Social. Informe de Actividades 2004-2005 al Congreso de la República. Bogotá D.C. : Ministerio de la Protección Social, 2005. p.19.

<sup>38</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Op.cit., [citado en 2006-07-23; 20:47]. Disponible en Internet en: <<http://www.col.ops-oms.org/ONUSIDA/politico.htm>>.

(Ver numeral 1.2 ¿Por qué ocurre el paseo de la muerte?). Para esta estimación se incluyen las personas de régimen especial, que por algún motivo no tienen protección, así no pertenezcan al SGSSS

**6.2.2 Régimen Contributivo.** Según informe del ministerio de Protección Social en Junio del 2005 se asegura que “el número de afiliados compensados durante el 2004 fue de 14.857.250, superior en un 7,62% al reportado en la vigencia anterior (**Ver gráfico 4. Afiliados al Régimen Contributivo 2001 al 2004**). De ellos, el 45.94% (6.824.968) corresponde a cotizantes y el 54.06% (8.032.282) a beneficiarios”<sup>39</sup>.

**Gráfico 4.** Afiliados al Régimen Contributivo 2001 al 2004



**Fuente:** Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones. En: Ministerio de la Protección Social Informe de Actividades 2004-2005 al Congreso de la República. Bogotá D.C.

Analizando la participación de las EPS se encuentra que las privadas, crecen 11.12 puntos porcentuales en relación con el año 2003. La evolución para el Seguro Social ha cambiado, creciendo en el 2004 en 184 mil nuevos afiliados, mientras que las demás EPS públicas perdieron en total 308.000 afiliados, como consecuencia de la liquidación de Cajanal EPS, principalmente.<sup>40</sup>

En la siguiente cuadro se muestra el número de afiliados compensados en el Régimen Contributivo y por tipo de EPS ó Entidades Obligadas a Compensar – EOC\*.

**Cuadro No 3.** Afiliados Compensados por Entidad 2004

Nº EOC <sup>41</sup>	TIPO DE EPS Ó EOC	COTIZANTES	BENEFICIARIOS	AFILIADOS
1	Caprecom E.P.S.	11.924	10.464	22.388

<sup>70</sup> PALACIO BETANCOURT, Op.cit., pág.19.

<sup>40</sup> Son todas aquellas entidades estatales que funcionaban como Cajas de Previsión Social, que cumplen las mismas funciones de las EPS.

<sup>41</sup> EOC: Entidades Obligadas a Compensar.

1	I.S.S. E.P.S	1.779.655	1.223.938	3.003.593
3	Adaptadas	36.951	42.484	79.440
19	Privadas	4.996.438	6.755.391	11.751.829
24	<b>TOTAL</b>	<b>6.824.968</b>	<b>8.032.277</b>	<b>14.857.250</b>

Fuente: MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL,  
Informe de Actividades 2004-2005 al Congreso de la República

**6.2.3 Régimen Subsidiado.** Con base en información del Ministerio de la Protección Social, se concluye que en el 2003 se encontraban afiliados en el Régimen subsidiado 11.867.947 personas y que durante el año 2004 se incrementó a 15.553.474 de afiliados a este Régimen<sup>42</sup>, equivalente a un 31%.

Por otra parte concluye el informe que para el año 2004 ingresaron al régimen subsidiado, 1.788.069 beneficiarios cubiertos con subsidios parciales y 1.897.458 afiliados con cobertura de subsidios plenos<sup>43</sup>. (Véase Cuadro 4. Participación de los Subsidios Pleno y Parcial)

**Cuadro 4.** Porcentaje de subsidiados pleno y parcial

TIPO DE SUBSIDIO	No. DE AFILIADOS	PARTICIPACIÓN
Subsidiado Pleno	13.765.405	89%
Subsidiado Parcial(*)	1.788.069	11%
Total Régimen Subsidiado	15.553.474	100%

Fuente: MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL,  
Informe de Actividades 2004-2005 al Congreso de la República

(\*) Los subsidios parciales “son una proporción del valor de la unidad de pago por capitación subsidiada UPC-S, destinada a cofinanciar algunos contenidos del Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado, POS-S” (Parágrafo 1, Art. 1, Acuerdo 267 de 2004), de la población que se encuentra en el nivel 2 y 3 del SISBEN, buscando lograr mayor cobertura a la población más vulnerable.

El Sistema de Subsidios parciales se puso en marcha, a través del Acuerdo 267 de 2004, que amplía la cobertura al SGSSS, y está orientado hacia los niveles 2 y 3 del SISBEN que no están cubiertos por el sistema General de Seguridad Social en Salud. Así se busca garantizar “la prestación del POS con una cobertura de servicios dirigida a atender las enfermedades críticas, de alto costo y las de

<sup>42</sup> Ibid., p.22

\* La diferencia entre el **subsidiado pleno** es que cubre los tratamientos de baja complejidad, las enfermedades de alto costo y algunos procedimientos intermedios, como la cirugía del apéndice o un parto, pero no tiene todas las atenciones de mediana complejidad, del contributivo; y en el caso del **subsidiado parcial** cubre las enfermedades de alto costo y algunos procedimientos de mediana complejidad como embarazo, parto y atención al menor en el primer año.

<sup>43</sup> Ibid., p.22

segundo nivel como traumatología y ortopedia, el suministro de medicamentos básicos y el cubrimiento integral a las maternas y a los niños menores de un año<sup>44</sup>.

**6.2.4. Oferta IPS.** Basados en el estudio del Economista Jairo Betancourt<sup>45</sup>, podemos estimar el número de IPS en los cuales se ofrece el servicio de urgencias. Nos apoyaremos en los siguientes datos:

**Cuadro 5.** Número total de IPS

Dpto	Centros Asistenciales	% Particip.	Acum	Peso
Antioquia	580	11,1%	11,1%	3,0%
Bogotá	560	10,7%	21,9%	6,1%
Valle	377	7,2%	29,1%	9,1%
Santander	317	6,1%	35,2%	12,1%
Atlántico	268	5,1%	40,3%	15,2%
Cundinamarca	241	4,6%	45,0%	18,2%
Bolívar	206	4,0%	48,9%	21,2%
Tolima	203	3,9%	52,8%	24,2%
Putumayo	194	3,7%	56,5%	27,3%
Huila	183	3,5%	60,1%	30,3%
Magdalena	180	3,5%	63,5%	33,3%
Boyacá	169	3,2%	66,8%	36,4%
Meta	159	3,1%	69,8%	39,4%
Caldas	152	2,9%	72,7%	42,4%
N. Santander	148	2,8%	75,6%	45,5%
Cauca	142	2,7%	78,3%	48,5%
Sucre	141	2,7%	81,0%	51,5%
Nariño	133	2,6%	83,6%	54,5%
Córdoba	124	2,4%	85,9%	57,6%
Caquetá	110	2,1%	88,0%	60,6%
Cesar	108	2,1%	90,1%	63,6%
Risaralda	107	2,1%	92,2%	66,7%
Casanare	73	1,4%	93,6%	69,7%
Chocó	70	1,3%	94,9%	72,7%
La Guajira	68	1,3%	96,2%	75,8%
Quindío	63	1,2%	97,4%	78,8%
Vichada	36	0,7%	98,1%	81,8%
Arauca	34	0,7%	98,8%	84,8%
Guaviare	17	0,3%	99,1%	87,9%
Amazonas	17	0,3%	99,4%	90,9%
Vaupés	16	0,3%	99,7%	93,9%
Guanía	8	0,2%	99,9%	97,0%
San andrés	6	0,1%	100,0%	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>5210</b>	<b>100%</b>		

**Fuente:** Cálculos del autor (Carlos E. Navarrete S) con base en información suministrada por el MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Informe 2005 IPS e información suministrada por la Defensoría del Pueblo.

<sup>44</sup> Ibid., Pág.22

<sup>45</sup> Funcionario Investigador de la Defensoría del Pueblo y la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas –ACHC-.

**Cuadro 6. No. de Camas**

Dpto	No. Camas	% Particip	Acum	Peso
<b>Bogotá</b>	<b>10.098</b>	<b>18,65%</b>	<b>18,65%</b>	<b>3,03%</b>
<b>Antioquia</b>	<b>6.925</b>	<b>12,79%</b>	<b>31,44%</b>	<b>6,06%</b>
<b>Valle</b>	<b>5.843</b>	<b>10,79%</b>	<b>42,24%</b>	<b>9,09%</b>
<b>Santander</b>	<b>3.299</b>	<b>6,09%</b>	<b>48,33%</b>	<b>12,12%</b>
<b>Cundinamarca</b>	<b>2.711</b>	<b>5,01%</b>	<b>53,34%</b>	<b>15,15%</b>
<b>Atlántico</b>	<b>2.393</b>	<b>4,42%</b>	<b>57,76%</b>	<b>18,18%</b>
<b>Nariño</b>	<b>1.975</b>	<b>3,65%</b>	<b>61,41%</b>	<b>21,21%</b>
<b>Boyacá</b>	<b>1.849</b>	<b>3,42%</b>	<b>64,82%</b>	<b>24,24%</b>
<b>N Santander</b>	<b>1.774</b>	<b>3,28%</b>	<b>68,10%</b>	<b>27,27%</b>
<b>Caldas</b>	<b>1.714</b>	<b>3,17%</b>	<b>71,27%</b>	<b>30,30%</b>
Bolívar	1.495	2,76%	74,03%	33,33%
Tolima	1.475	2,72%	76,75%	36,36%
Huila	1.347	2,49%	79,24%	39,39%
Magdalena	1.334	2,46%	81,70%	42,42%
Risaralda	1.283	2,37%	84,07%	45,45%
Meta	1.279	2,36%	86,44%	48,48%
Cauca	1.038	1,92%	88,35%	51,52%
Sucre	1.014	1,87%	90,23%	54,55%
Cesar	859	1,59%	91,81%	57,58%
Quindío	779	1,44%	93,25%	60,61%
Córdoba	745	1,38%	94,63%	63,64%
Cauquetá	494	0,91%	95,54%	66,67%
La Guajira	492	0,91%	96,45%	69,70%
Casanare	400	0,74%	97,19%	72,73%
Chocó	378	0,70%	97,89%	75,76%
Putumayo	346	0,64%	98,53%	78,79%
Arauca	306	0,57%	99,09%	81,82%
Guaviare	116	0,21%	99,31%	84,85%
Amazonas	115	0,21%	99,52%	87,88%
Vichada	108	0,20%	99,72%	90,91%
Guanía	65	0,12%	99,84%	93,94%
Vaupés	55	0,10%	99,94%	96,97%
San Andrés	33	0,06%	100,00%	100,00%

**TOTAL 54.137 100%**

Fuente: Cálculos del autor (Carlos E. Navarrete S) con base en información suministrada por el MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Informe 2005 IPS e información suministrada por la Defensoría del Pueblo.

En Colombia se cuenta con 5.210 centros asistenciales de los cuales 1850<sup>46</sup> son IPS, que en total reúnen unas 54.137 camas (Ver Anexo 3. Salud Pública en Colombia).

De acuerdo con los cálculos realizados en el Cuadro 7, Bogotá, Antioquia, Valle, Santander, Cundinamarca, Atlántico, Nariño, Boyacá, Norte de Santander y Caldas que representan el 30,3% de los departamentos, cubren el 71,27% del total de camas disponibles del país. De los 12 muertos víctimas del Paseo de la Muerte, registrados para el año 2005, el 67% de los casos ocurrió en las ciudades enmarcadas dentro del grupo Pareto como las de mayor capacidad instalada de camas (Ver Anexo 2). Con base en el trabajo de campo adelantado por el equipo, y con la consulta de expertos, se estima que las personas que utilizan el Servicio de Urgencias por día es de:

**Cuadro 7.** Número de usuarios por régimen.

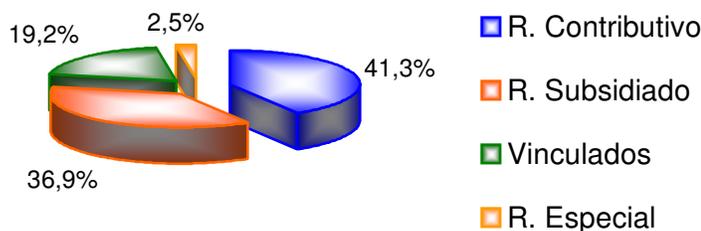
	Usuarios Servicio de Urgencias	%Partic.	Acum
Régimen Contributivo	2.650	41,3%	41,3%
Régimen Subsidiado.	2.365	36,9%	78,2%
Vinculados	1.232	19,2%	97,4%
Régimen Especial.	168	2,6%	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>6.415</b>	<b>100%</b>	

**Fuente:** Cálculos del autor (Carlos E. Navarrete S) basados en el trabajo de campo.

**6.2.5. Demanda.** Con el fin de estimar los pacientes diarios que se ven sometidos al “Paseo de la Muerte”, se desarrolló la siguiente metodología:

1. Considerar la cobertura poblacional de los regímenes de salud (Ver Gráfico 5).

**Gráfico 5.** Cobertura Poblacional por Régimen



**Fuente:** Situación de Salud en Colombia. Indicadores básicos 2005. Ministerio de la Protección Social

(\*) En el Régimen Contributivo se tomaron para el estudio los Afiliados Compensados: Son aquellas personas que se encuentran en las bases de datos de las EPS y que están aportando al SGSSS.

<sup>46</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Informe IPS Nacional con Servicios 2005, Bogotá D.C., MINPROTECCIÓN, Noviembre 2005. En: <IPS Nacional con Servicios.xls>.

2. Luego se definió el número de personas susceptibles de ser víctimas del “Paseo de la Muerte”.

3. Considerando que no todas las personas de los diferentes regímenes requieren el servicio de Urgencias, se recurrió a la Superintendencia Nacional de Salud para establecer el número de personas que reciben la atención inicial de urgencias, sin embargo no fue posible obtener el dato tal como consta el Anexo 9. (Carta Superintendencia Nacional de Salud).

**Cuadro 8.** Porcentaje de personas que utilizan el servicio de Urgencias.

¿HA NECESITADO EL SERVICIO DE URGENCIAS?	RÉGIMEN	
	Contributivo	Subsidiado
	SI	65,10%
NO	34,90%	44,50%

Fuente: Defensoría del Pueblo. 2005

Con base en el porcentaje de utilización del servicio de urgencias y el potencial de reclamaciones que se presentan, se establece el potencial de usuarios del SOAPU<sup>47</sup>, como se ilustra en el siguiente cuadro:

**Cuadro 9.** No. de Reclamos de los usuarios que utilizan el servicio de Urgencias

Régimen	Personas afiliadas	Porcentaje de personas que utilizan el servicio Urgencias	Nº de reclamaciones de usuarios que utilizan el servicio de urgencias
Contributivo	14.857.250	65%	9.672.070
Subsidiado	15.553.474	55%	8.632.178
TOTAL			18.304.248

Fuente: Defensoría del Pueblo. 2005 y Cálculos realizados en el trabajo de campo

Con el fin de determinar el número de personas del grupo de vinculados (sin afiliación alguna), se establecieron 3 escenarios, dentro de los cuales la persona podría ser usuario del SOAPU, al ser sometido al “Paseo de la Muerte”.

**Escenario 1.** De acuerdo con la encuesta de Calidad de Vida del DANE, para el año 2003 el 67,9%<sup>48</sup> de los usuarios requieren servicios de urgencias. Esto equivale a 8’891.694 sobre el total. Considerando el 67,9% de asistir al médico y

<sup>47</sup> Reclamaciones que utilizan el servicio de urgencias: Este término fue sugerido por el Ingeniero Gabriel Gómez, especialista en Mercadeo, el cual define como “reclamaciones”, puesto que en la mayoría de los estudios realizados por las Entidades del Estado no tienen en cuenta la frecuencia de utilización del servicio y cae en repeticiones.

<sup>48</sup> PEÑALOZA RAMOS, María Cristina. Evaluación del desempeño de las instituciones aseguradoras (EPS y ARS) en términos de su contribución al logro de uno de los fundamentos de la Ley 100 de 1993: la equidad en la prestación de servicios de salud del SGSSS, Bogotá D.C. : DNP, 2004, p.14.

60,1% de la probabilidad de que una persona utilice el servicio de urgencias, se obtiene una probabilidad  $P_1 = 40,81\%$ .

**Escenario 2.** Utilizando el Método Delphi<sup>49</sup>, se realizó una consulta a los especialistas, Ingeniero Industrial Gabriel Gómez, experto en Mercadeo, Médico Hernando Ospina, Gerente de la Clínica Chía y, Economista Jairo Betancourt, especialista en Seguridad Social en Salud, y se llegó a la conclusión que la probabilidad de que una persona vinculada, esté expuesta a no ser atendida en el servicio de urgencias es el equivalente al porcentaje de personas que está por fuera de algunos de los regímenes, es decir los vinculados.

$$\text{Probabilidad de no atención en urgencias } P_2 = 28,9\%$$

**Escenario 3.** Con el ánimo de verificar y fortalecer los anteriores escenarios, se estableció una mezcla de éstos dos, a través de una media geométrica, la cual nos conduce al siguiente valor:

$$P_3 = \sqrt[3]{P_1 \times P_2} \times 100$$
$$P_3 = 34.34\%$$

1. En evaluación conjunta con el grupo de trabajo se determinó utilizar la probabilidad  $P_3$ , la cual corresponde a un punto intermedio, o escenario normal, el cual corresponde a la mayor probabilidad de ocurrencia.
2. Una vez establecida la probabilidad de ocurrencia, se procedió a calcular el número estimado de reclamaciones de los usuarios vinculados así:

$$NRUSU = 8.891.694 \times 34.34\% = 4.497.457$$

***NRUSU: No. de Reclamaciones de Usuarios en el Servicio de Urgencias***

Con base en el estudio realizado por la Defensoría del Pueblo, se encontró que el 41,8% de afiliados al Régimen Subsidiado y el 41,2% de afiliados al Régimen Contributivo consideran que el servicio les fue demorado o negado de manera injustificada<sup>50</sup> (Ver Cuadro10).

---

<sup>49</sup> Método Delphi: Se basan en la consulta a personas que tienen grandes conocimientos sobre el entorno en el que desarrolla su labor.

<sup>50</sup> Nota: La demora injustificada o la negación del servicio de urgencias se consideran como riesgo latente en la población vulnerable para la población beneficiaria del SOAPU

**Cuadro 10.** Calificación de la Atención en el servicio de Urgencias

TIPO DE ATENCIÓN	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	TOTAL
Se negaron/demoraron en atenderlo	41,80%	41,20%	41,70%
Lo atendieron rápido	57,70%	58,00%	57,80%
No sabe/no responde	0,50%	0,50%	0,50%
			100%

**Fuente:** Defensoría del Pueblo. 2003. Evaluación de los servicios de Salud que brindan las EPS

Para las personas que no se encuentran dentro de ningún régimen (vinculadas), se determinó la media geométrica, a través de la cual se logra definir el porcentaje promedio de las personas a las cuales se les negó o se les demoró el servicio. Con esta herramienta estadística se logra superar el impase de no disponer de información en el Sistema de Salud Colombiano. De esta forma se obtiene el siguiente valor:

$$\sqrt{(41.8\% \times 41.2)} * 100 = 41.5\%$$

Con base en este cálculo se obtiene el número promedio de personas que podrían ser objeto del “Paseo de la Muerte” tal como se indica en el siguiente cuadro:

**Cuadro 11.** Número Promedio de personas que no pueden ser atendidas

Régimen	Nº. de reclamaciones de usuarios que utilizan el servicio de Urgencias	% Personas que manifestaron se le negó el servicio/demoraron en la atención de Urgencias	Nº. Prom. de Personas propensas a no ser atendidas y que utilizan el servicio de Urgencias
Contributivo	9.672.070	41,80%	4.042.925
Subsidiado	8.632.178	41,20%	3.556.457
Ningún Régimen	4.497.457	41,5%	1.866.396

**Fuente:** Defensoría del Pueblo. 2003.

Evaluación de los servicios de Salud que brindan las EPS y Cálculos realizados por los autores

Como argumento adicional se utilizó el número de defunciones defunciones por grupos de edad y sexo y Lista de causas (incluyendo secuelas) agrupadas según datos del DANE correspondientes a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE – 10” del 2001<sup>51</sup>, a 3 dígitos. Se tomó la causa 509 asociada a

<sup>51</sup> Nota: Se tomó la estadística del año 2001 del DANE, pues fue la última clasificación CIE-10 de 3 dígitos. De igual forma, de acuerdo a la opinión del Economista y experto en salud Jairo Betancourt, considera que las patologías no cambian tan drásticamente por décadas.

Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, incluyendo secuelas. (Ver Cuadro12).

**Cuadro 12.** Defunciones por grupos de edad y sexo

Total Decesos 2001	184.474
509 Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, inclusive secuelas	71

**Fuente:** DANE. Defunciones por grupos de edad y sexo y Lista de Causas [incluyendo secuelas] CIE- 10. 2001

Apyados en estos datos, se establece el porcentaje de complicaciones en la atención médica (PCAM), dividiendo el total de casos de la causal 509 sobre el total de fallecimientos en el año 2001:

$$P C A M = \left( \frac{71}{184.474} \right) * 100 = 0,038\%$$

Consultando el mismo grupo de expertos citados en el numeral 6 y partiendo del hecho de que no existe información, se estableció que la probabilidad de ser víctima del Paseo de la Muerte para los 3 escenarios, es del 0,038%

1. Para el régimen contributivo se estimó por parte del grupo de expertos un porcentaje del 32,8%<sup>52</sup>, de la probabilidad total de ser víctima potencial del “Paseo de la Muerte”. Así se estableció el Porcentaje de Complicaciones para el Régimen Contributivo (PCRCO):

$$P C R C O = (0,038\%) * 32,8\% = 0.013\%$$

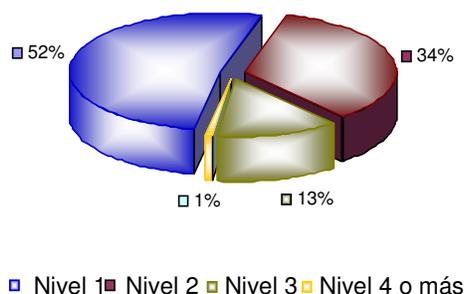
2. Para el caso del régimen Subsidiado y utilizando la misma metodología, se logró establecer la probabilidad de ser víctima, mediante la media geométrica del porcentaje de afiliados de los niveles 1, 2 y 3 del SISBEN (PCSISS), obteniendo así, un porcentaje del 29%<sup>53</sup> (véase Anexo 10) y gráfico 7, de acuerdo al siguiente cálculo:

$$P C S I S S = \sqrt[3]{(0,52 * 0,34 * 0,13)} * 100 = 29\%$$

<sup>52</sup> 32.8%, valor correspondiente al porcentaje de personas que están afiliadas al régimen contributivo y se encuentran compensadas.

<sup>53</sup> De acuerdo al Art. 5 del Acuerdo 267 de 2004 para los beneficiarios de subsidios parciales y Art.157 ley 100 de 1993. Beneficiarios del SGSSS.

**Gráfico 6.** Población registrada en el SISBEN



**Fuente:** DNP. 2005. Informe al Congreso de la República

- Tomando el 29% de la población que pertenece al SISBEN para los niveles 1, 2 y 3, el grupo de expertos recomendó adicionar 11 puntos porcentuales<sup>54</sup> (véase Anexo 11), para así cubrir la población carente de subsidios parciales, ya que en el caso del nivel 3, ésta no está totalmente amparada<sup>55</sup>.
- Partiendo de la probabilidad establecida en el paso 9 de este numeral, se estableció que la probabilidad de ser víctima potencial del “Paseo de la Muerte”, es del 40% en el Régimen Subsidiado (PCRSU). Así se efectúa el siguiente cálculo:

$$P C R S U = (0,038\%) * (29\% + 11\%) = 0.015\%$$

$$P C R S U = (0,038\%) * (40\%) = 0.015\%$$

**6.2.6. Número potencial de usuarios.** Con base en los datos anteriores y a manera de resumen se determina el potencial de beneficiarios SOAPU así:

**Cuadro 13.** Proyecciones de Casos de “Paseo de la Muerte”

Régimen	Nº Prom. de Personas expuestas al “Paseo de la Muerte”	% de Defunciones por complicaciones de atención médica, quirúrgica, incluye secuelas	Nº promedio de casos durante el año	Nº de casos diarios
<b>Contributivo</b>	4.042.925	0,013%	510	1,4
<b>Subsidiado</b>	3.556.457	0,015%	549	1,5
<b>Ningún Régimen</b>	1.866.396	0,038%	709	1,9
<b>Total Casos</b>			<b>5</b>	<b>5</b>

<sup>54</sup> Se adicionó 11 puntos porcentuales equivalente al porcentaje de población cubierta con subsidios parciales.

<sup>55</sup> Afirmación realizada por el Economista Jairo Betancourt, especialista en Seguridad Social.

**Fuente:** DANE. Defunciones por grupos de edad y sexo y Lista de Causas [incluyendo secuelas] CIE- 10. 2001 y Cálculos realizados por el autor y el grupo de trabajo de campo.

Con base en lo anterior, se observa que esta cifra contrasta con el valor suministrado por el Defensor del Pueblo delegado para la Salud, Darío Mejía el 3 de junio de 2006, a Caracol Radio <sup>56</sup> (véase Anexo 12), en la cual afirma recibir más de 3 quejas contra IPS que se niegan a atender pacientes vulnerables, porque no cumplen con alguno de los requisitos contenidos en el Plan Obligatorio de Salud POS. Considero que esta diferencia puede surgir de la falta de denuncias por suceder en lugares apartados o por personas que no consideran importante denunciar.

**6.2.7. Población vulnerable.** De los datos anteriores se concluye que los vinculados son la población más vulnerable. Igualmente, se concluye que:

**Cuadro 14.** No. diario de personas expuestas al “Paseo de la Muerte” por régimen.

Régimen	No. De casos/ día	%Particip.
Vinculados	1,9	40%
Subsidiado	1,5	31%
Contributivo	1,4	29%
<b>TOTAL</b>	<b>4,8</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Cálculos realizados por el autor (Carlos E. Navarrete S) con base en el trabajo de campo.

### 6.3. Diseño del Seguro SOAPU

Se recomienda crear un seguro que ampare a la población vulnerable que no es atendida en los servicios de urgencias, de manera similar a como opera el SOAT, con base al Estatuto Financiero en el Artículo 193, el cual garantice que toda persona que requiera un servicio de urgencias sea atendida independiente de que cumpla o no con los requisitos establecidos para así garantizarle la atención en los servicios de urgencias y evitar así que sea condenada a muerte, sin recibir atención, por efectos del Paseo Hospitalario o Paseo de la Muerte

Para desarrollar la propuesta, evaluemos las garantías que hoy ofrece el SOAT:

- Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones con una indemnización máxima de quinientas (500) veces el salario mínimo legal diario vigente al momento del accidente.

<sup>56</sup> CARACOL RADIO. Op.cit., [citado en 2006-07-07; 19:00]. Disponible en Internet: <<http://www.caracol.com.co/noticias/256183.asp?id=256183>>.

- b) Gastos de transporte y movilización de las víctimas a los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado del sector salud, en cuantía equivalente a diez (10) veces el salario mínimo legal diario vigente al momento del accidente;

No incluye incapacidad permanente, Muerte de la víctima como consecuencia de un accidente y Gastos Funerarios, porque el objeto del seguro obligatorio es la atención de pacientes en urgencias. Opera como un mecanismo que elimina riesgos innecesarios contra la integridad física de los accidentados, mediante la garantía de una atención médica inmediata y obligatoria, en el territorio nacional.

Dentro de la Póliza del SOAT también garantiza la cobertura de lesiones, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, teniendo en cuenta el Art. 162 de la Ley 100 de 1993<sup>57</sup>.

**6.3.1. Metodología.** En esencia el proyecto busca revisar el Estado Actual de la Atención de Urgencias y compararlo con el funcionamiento del SOAT, para así establecer los procedimientos que deben garantizar la atención a los pacientes vulnerables en los servicios de urgencias. Este se denominará **SOAPU**, que quiere decir Seguro Obligatorio para Pacientes que requieren servicios de Urgencias.

**Cuadro 15.** Diagrama de Pareto Actividades Atención de Urgencias.

ÍTEM	ACTIVIDADES	%	ACTIVIDADES	%	CAUSALES
1	Triage	B	Referencia y Contrarreferencia*	A	17%
2	Referencia y Contrarreferencia	A	Facturación	A	33%
3	Facturación	A	Comunicación con las Entidades Aseguradoras	A	50%
4	Comunicación con las Entidades Aseguradoras	A	Triage**	B	67%
5	Autorizaciones Entidades Aseguradoras	B	Autorizaciones Entidades Aseguradoras	B	83%
6	RIPS	C	RIPS <sup>58</sup>	C	100%

**Fuente:** Cálculo realizado por Omar Bermúdez, César Montañés, Fernando Naranjo, el Economista Jairo Betancourt, especialista en Seguridad Social y el Ingeniero Carlos Eduardo Navarrete Sánchez.

\* Referencia y Contrarreferencia: Es una herramienta a través de la cuál se coordina los desplazamientos de los pacientes y la comunicación mediante un sistema múltiple de comunicaciones al que deben tener acceso la comunidad y las instituciones.

\*\* Triage: Clasificación de la prioridad para la atención de urgencias.

<sup>57</sup> El artículo 162 de ésta ley hace referencia al Plan Obligatorio de Salud.

<sup>58</sup> RIPS: El Registro de Individual de la Prestación de Servicios de Salud – RIPS, es el conjunto de datos que identifica una a una las actividades de salud que se les practican a las personas y que hacen parte integral de la factura de venta de servicios de salud.

Una vez evaluado el SOAT, se establecieron las oportunidades de mejora, de acuerdo con la ingeniería de métodos, las cuales se incorporarán como valor agregado para el diseño del SOAPU. Una vez establecidas las oportunidades de mejora, se realiza una evaluación y calificación de las propuestas, las cuales se implementarán dentro del diseño del SOAPU.

Por otra parte, se determinan los beneficios o las bondades para los beneficiarios del Seguro y se determina la infraestructura requerida para la operación eficiente del SOAPU.

En la parte final, se determinan las funciones y la operación del Sistema Integrado de Información, a través del cual se realizará la administración del seguro.

- **Definición de procesos claves para atención de urgencias**

Para poder lograr esta definición se examinó el estado actual de la atención de urgencias, y así se determinaron las actividades críticas del proceso. Se utilizó el método de observación directa de la atención de urgencias y lo establecido a través del Manual de Normas Técnico Administrativas para la Prestación de Servicios de Urgencias<sup>59</sup>, y utilizando el Diagrama de Pareto, se determinaron las actividades críticas.

Aplicando la técnica de Pareto cualitativo, se concluye el 33% de las actividades de Referencia y Contrarreferencia y Facturación están dentro de los factores críticos para el Análisis del Estado Actual de la Atención de Urgencias.

- **Diagnóstico de las actividades claves**

La metodología utilizada por el equipo de trabajo conformado por Omar Bermúdez, César Montañés, Fernando Naranjo y Carlos E. Navarrete S. fue la siguiente:

- a) Diagnóstico y observación directa de la Atención de Urgencias
- b) Revisión de los Manuales de Atención de Urgencias de las IPS
- c) Revisión de las normas y decretos que hacen referencia a la atención y cobro de urgencias (Decreto 2759 de 1991, Resolución 5261 de 1994 y Decreto 2423 de 1996).
- d) Diagramación y descripción de los procesos.

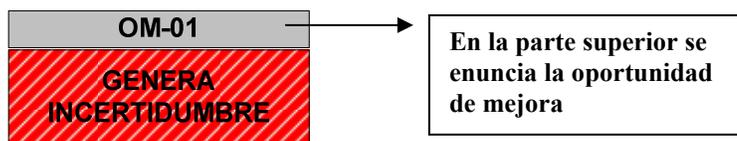
Para los procesos de urgencias se examina en conjunto el Estado Actual de la Atención de Urgencias. (**Véase Anexo 14**)

---

<sup>59</sup> SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Manual Normas Técnico-Administrativas para la prestación de Servicios de Urgencias en el Sistema Distrital de Salud, Santafé de Bogotá: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 1994.

Para evaluar el servicio se realizó una observación del proceso de atención de urgencias en la Clínica Chía<sup>60</sup>. Simultáneamente se verificó el funcionamiento del SOAT, mediante la visita al FOSYGA. Así se determinaron los factores críticos de cada uno. Con base en el diagnóstico, se determinan las oportunidades de mejora utilizando una codificación nemotécnica y mediante la marcación de color rojo de cada una éstas.

**Figura 2.** Oportunidades de mejora en la diagramación.



Fuente: Autor y grupo trabajo de campo.

• **DETERMINACIÓN DE PROCESOS DEL SOAPU.**

Para definir los procedimientos del SOAPU, se efectúa la comparación con los procesos del SOAT y la clasificación de éstos, a través de un Pareto cualitativo, el cual se resume en el siguiente cuadro:

**Cuadro 16.** Pareto cualitativo actividades SOAPU.

Ítem	Actividades	%	Actividades	%	%/Causales
1	Radicaciones a Aseguradora	B	Adquisición Recursos SOAT	A	13%
2	Radicaciones al FOSYGA	B	Cobro IPS a Aseguradora	A	25%
3	Glosas FOSYGA	B	Cobro IPS al FOSYGA	A	38%
4	Glosas Aseguradora	B	Radicaciones a Aseguradora	B	50%
5	Cobro IPS al FOSYGA	A	Radicaciones al FOSYGA	B	63%
6	Cobro IPS a Aseguradora	A	Glosas FOSYGA	B	75%
7	Adquisición Recursos SOAT	A	Glosas Aseguradora	B	88%
8	Administración Recursos SOAT	C	Administración Recursos SOAT	C	100%

Fuente: Cálculo realizado por equipo de trabajo ( Omar Bermúdez, César Montañés, Fernando Naranjo), Economista Jairo Betancourt, especialista en Seguridad Social y autor.

Con base en esta clasificación, se obtuvo que el 25% de las actividades de Cobro IPS a Aseguradora y Adquisición de Recursos SOAT son los factores críticos para la definición de Procesos para el SOAPU.

Para establecer el diagnóstico del SOAPU se examinaron los siguientes factores:

- a) Revisión de la normativa del SOAT y del FOSYGA
- b) Análisis de la información obtenida, a través del FOSYGA del manejo y distribución de los recursos del SOAT.
- c) Diagramación y descripción de los procesos.

<sup>60</sup> Institución ubicada en el Municipio de Chía (Cundinamarca) y que maneja en promedio 5000 pacientes en urgencias durante el mes. Atiende a pacientes del Régimen Contributivo, Subsidiado y pacientes SOAT.

- **Estructura de los procesos.** Para su estructuración se definieron los procesos misionales, los procesos de apoyo y los procesos gerenciales.

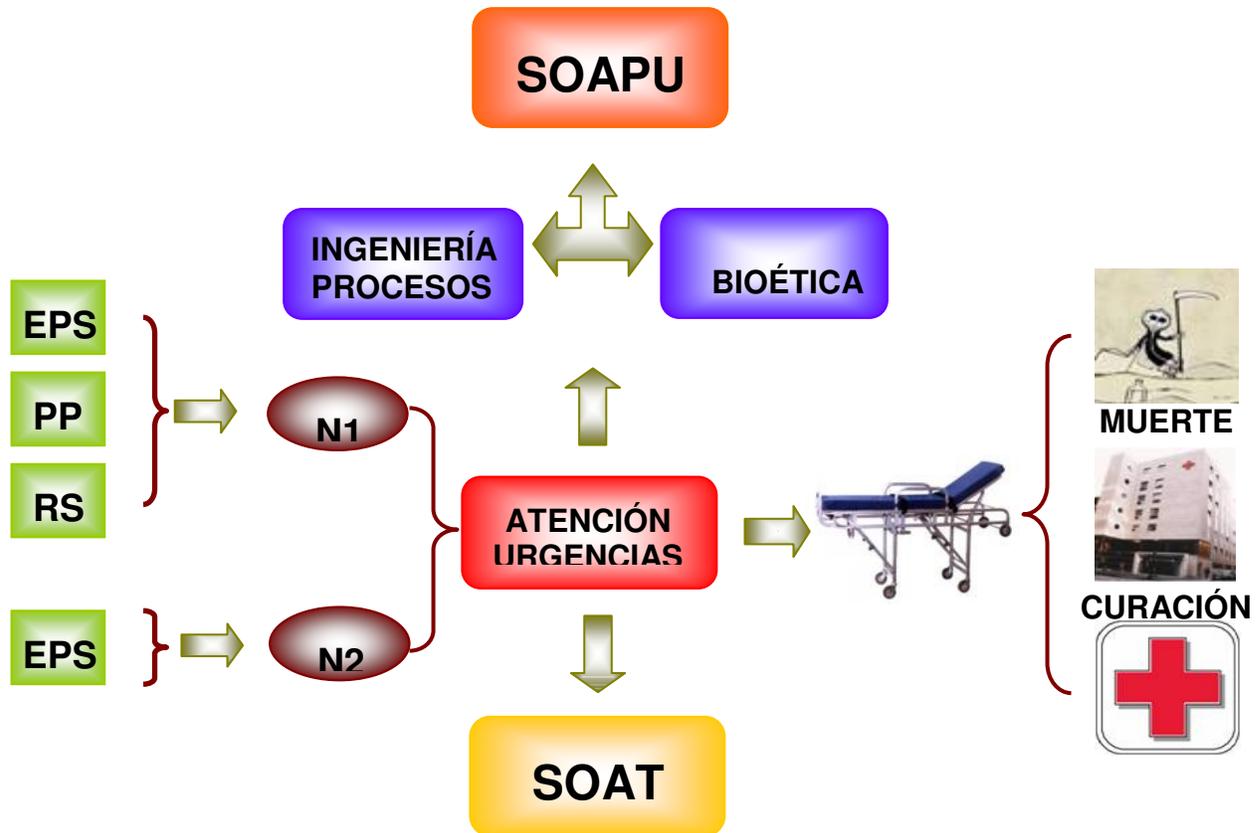
Los procesos misionales equivalentes del SOAT y que se pueden incorporar al SOAPU son:

- a) Adquisición del SOAT (véase Anexo 15)
- b) Cobro de las IPS a las Aseguradoras por concepto del SOAT (véase Anexo 16)
- c) Cobro de las IPS al FOSYGA por concepto del SOAT (véase Anexo 17)
- d) Intervención del SOAPU en la Atención de Urgencias (véase Anexo 18)

**6.3.2 Elementos involucrados dentro del proceso.** Los actores que intervienen en la prestación del servicio son los siguientes:

- a) IPS: Es la encargada de prestar los servicio de salud y recibir la contraprestación económica de éstos.
- b) Usuario: Accede los servicios de la IPS.
- c) Régimen Contributivo: En el caso del SOAT cuando el usuario exceda de los 800 SMLDV quien cubre el excedente es la EPS.
- d) Cuando la IPS presta los servicios la EPS le reembolsa el dinero de dichos servicios.
- e) Régimen Subsidiado: En el caso del SOAT cuando el usuario exceda de los 800 SMLDV quien cubre el excedente es la ARS.
- f) Cuando la IPS presta los servicios la ARS le reembolsa el dinero de dichos servicios.
- g) Régimen Especial: En el caso del régimen especial, por no estar dentro del Régimen de Seguridad Social en Salud, no se contempla para nuestro estudio.
- h) Ente Territorial: Cuando excede de los 800 SMLDV y el usuario no está afiliado en ningún Régimen (catalogado como vinculado) quien cubre el excedente es el Ente Territorial.
- i) Aseguradoras: Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones con una indemnización máxima de hasta 500 SMLDV.
- j) FOSYGA: En el caso en que la aseguradora exceda los 500 SMLDV, FOSYGA transfiere los 300 SMLDV restantes para completar 800 SMLDV. Tanto para el SOAT y SOAPU.

**Figura 3. Diagrama del Paseo de la Muerte**



**Fuente:** Autor (Carlos E. Navarrete S.)

REGIMEN SUBSIDIADO: El Ente Territorial es el encargado de destinar cierta cantidad de dinero al Régimen Subsidiado. La interacción con el “Régimen Contributivo es la cotización obligatoria para salud del 12 puntos porcentuales del IBC. De este 12 puntos se descuenta un punto y se traslada al Fondo de Solidaridad y Garantía, para contribuir a la financiación del Régimen subsidiado, denominado contribución de solidaridad”<sup>61</sup>.

Con base en la legislación vigente y de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política, se establece que al sector salud le corresponde el 24.5% del monto total del SGP<sup>62</sup>.

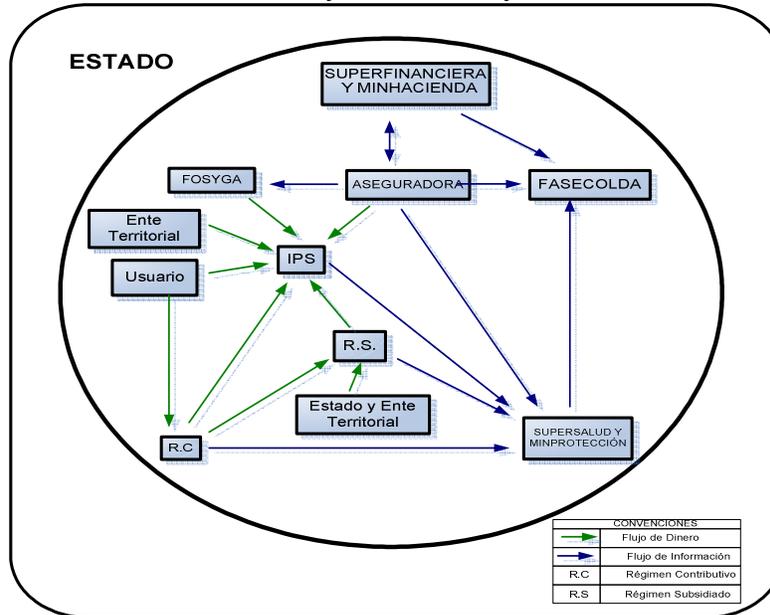
<sup>61</sup> SUPERSALUD. Manual “Preguntas sobre Derechos y Deberes del Régimen Contributivo del Sistema de Seguridad Social en Salud [documento consecutivo en línea]. Bogotá D.C.: SUPERSALUD, febrero de 2002 [citado en 2006-08-04; 18:00]. Disponible en Internet en: <<http://www.supersalud.gov.co/editor/documentos/manualderydeb.pdf>>.

<sup>62</sup> DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Fuentes de financiamiento y gasto en salud: Financiación [documento consecutivo en línea] Bogotá D.C.: DNP, 2006 [citado en 2006-07-26; 18:04]. Disponible en Internet en: <[http://www.dnp.gov.co/paginas\\_detalle.aspx?idp=613](http://www.dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx?idp=613)>

- ✓ REGIMEN CONTRIBUTIVO: El Usuario realiza los pagos a la EPS del régimen y ésta envía la información al Ministerio de la Protección Social y a la SUPERSALUD.
- ✓ La relación con el RÉGIMEN SUBSIDIADO, es la recepción de 1 punto de los 12 puntos porcentuales de la cotización del Régimen Contributivo.
- ✓ SUPERSALUD Y MINPROTECCIÓN: Recibe información de los Regimenes Contributivo, Subsidiado y Especial; además de la IPS y la Aseguradora.
- ✓ Envía información a FASECOLDA, para el desarrollo de estudios actuariales de seguro SOAPU.
- ✓ FASECOLDA: Representa la actividad aseguradora frente a los organismos oficiales y la sociedad en general, la Federación realiza actividades permanentes para el desarrollo del sector, tanto en el ámbito nacional como internacional. Además intercambia información, a través de los Estudios Actuariales con las aseguradoras y es la encargada de recibir la información proveniente de la Superintendencia Financiera y del Ministerio de Hacienda.
- ✓ ASEGURADORA: Intercambia información con la Superintendencia Financiera y del Ministerio de Hacienda y envía información al FOSYGA.
- ✓ FOSYGA: Recibe información proveniente de la aseguradora y es el encargado Fiduciario que destina dinero a la IPS.
- ✓ SUPERFINANCIERA Y MINHACIENDA: Intercambian información con la Aseguradora y envían información a Fasecolda para los Estudios Actuariales.
- ✓ ESTADO: Hace referencia al cumplimiento de lo establecido en la Constitución Nacional, leyes, decretos y decretos-leyes que garantizan el derecho a la vida de las personas.

El Art. 42 de la Constitución Nacional determina “que corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del sistema general de seguridad social en salud en el territorio nacional”. Lo aquí descrito se explica en el siguiente diagrama:

**Figura 4.** Entes involucrados en Flujo de dinero y de Información



**Fuente:** Equipo de trabajo (Cálculo realizado por Omar Bermúdez, César Montañés, Fernando Naranjo, y Carlos E. Navarrete S).

#### 6.4. Registro de información

Para este análisis, se observaron los cambios evidentes de las actividades que se realizan dentro del SOAT, para ello se implementó la observación directa de los procesos que se llevan a cabo en la Atención de Urgencias, y para los procesos del SOAT de la información brindada por el FOSYGA, a través de la página Web, teniendo en cuenta la Normatividad del Decreto 1283 de 1996.

Para el análisis de los procesos se utilizó la siguiente metodología:

- ✓ **Codificación nemotécnica de los Procesos.** Se utiliza la combinación de letras y números que permitan agrupar lógicamente los procesos y facilitar la recordación de su ubicación.

**Cuadro 17.** Codificación de los Procesos

MACROPROCESOS	PROCESOS	ACTIVIDADES	TAREAS
<b>X</b>	<b>Y</b>	<b>Z</b>	<b>No</b>
<b>O</b> Operativo	<b>T</b> SOAT	<b>A</b> Afiliación	<b>00..99</b>
<b>F</b> Financiero	<b>P</b> SOAPU	<b>I</b> Ingreso	
<b>A</b> Administrativo	<b>U</b> Urgencias	<b>K</b> Aprobación	
<b>S</b> Servicio	<b>G</b> Pagos	<b>D</b> Desafiliación	
		<b>P</b> En proceso	

**Fuente:** Metodología diseñada por el autor (Carlos E. Navarrete S.)

**Macroprocesos:** Corresponde al grupo de procesos agrupados de una manera lógica de acuerdo con la actividad del área o de la empresa. Para el SOAPU sólo se han definido las áreas operativa, sin embargo un esquema más detallado se pueden incluir las áreas administrativa, de servicio, etc.

**Procesos:** Conjunto de procedimientos que se dan en una secuencia lógica, los cuales permiten definir los macroprocesos.

**Actividades:** Son las partes en las cuales se dividen los procesos.

**Tareas:** Son las unidades que conforman las actividades.

Con respecto al formato de trabajo, se desarrolla con el fin de obtener toda la información a evaluar (véase Anexo 13).

## 6.5. Diagnóstico

Con base en la ingeniería de procesos, se utiliza, para efectuar una análisis profundo, la llamada técnica de interrogatorio, la cual se basa en una serie sucesiva de preguntas que al ser respondidas permiten establecer buena parte de la solución al tema evaluado.

Se inicia con una serie de preguntas iniciales y después se realizan preguntas de fondo, las cuales se extienden y se detallan en detalle con el fin de buscar las demoras en el proceso

**6.5.1. Técnica de Interrogatorio y Oportunidades de mejora.** De la técnica de interrogatorio se extraen las opciones que se pueden llevar a cabo y así se tiene la lista de oportunidades de mejora con base en las cuales se definen las actividades mejoradas en el proceso. Ver anexos.

La metodología utilizada consistió en tomar las actividades críticas dentro del proceso de urgencias y dentro del SOAT y pasarlas por el filtro de la técnica del Interrogatorio, en el cual se mira el QUÉ, el POR QUÉ, el DEBER SER y el PODER SER.

De este último grupo se establecieron las oportunidades de mejora.

### Cuadro 18. Técnica de Interrogatorio

1. Incertidumbre para las autorizaciones por parte de la EPS. (OU-01, OU-02)			
¿Qué pasa?	¿Por qué?	¿Qué se debe hacer?	¿Qué se puede hacer?

En muchos casos el paciente no es atendido en la IPS por falta de autorización de la EPS.	Por falta de semanas de cotización, por falta de pago, por incumplimiento de cualquier trámite administrativo generalmente ajeno al paciente.	De acuerdo con el marco legal, la IPS y la EPS tienen la obligación de atender al paciente.	Diseñar un mecanismo que permita la atención a pesar de que no se cuente con la autorización de la EPS. Eso es crea el Seguro Obligatorio para Pacientes en Urgencias.
---	---	---	--

**Continúa Cuadro 18. Técnica de Interrogatorio**

2. Referencia y contrarreferencia paciente. (OU-03)			
¿Qué pasa?	¿Por qué?	¿Qué se debe hacer?	¿Qué se puede hacer?
El médico tratante solicita servicios a terceros y no son autorizados por la EPS. Esto deja desprotegido al paciente.	Porque las IPS necesitan garantía de que se le van a cubrir el pago de sus servicios, y por lo tanto requiere autorización de la EPS.	Facilitar la atención oportuna e integral del usuario. (Art. 3 Decreto 2759 – 1991) en cualquier centro asistencial sin importar su condición económica.	Facultar al SOAPU para que sin ningún trámite se garantice el pago a la IPS, y por ende, la atención del paciente.

3. Los cobros de la IPS a las diferentes entidades de seguros se realizan por medio de documentos y radicaciones. (OU-04, OU-05, OU-06, OU-07 y OU-08)			
¿Qué pasa?	¿Por qué?	¿Qué se debe hacer?	¿Qué se puede Hacer?
Todo el trámite de cobro se realiza por papelnicamente, lo cual demora y complica los pagos para las IPS.	Se considera como prueba única el documento físico.	Utilizar sistemas de información y bases de datos que permitan administrar eficazmente los procesos.	Adquirir una base de datos relacional y comprar los servicios de entidades que permitan realizar consultas y pagos por medios electrónicos.

Fuente: Autor (Carlos E. Navarrete S).

Con base en el análisis de los procesos del SOAT (**Ver Anexos**) y una vez aplicada la técnica de interrogatorio del SOAPU se logró identificar las siguientes oportunidades de mejora:

**Cuadro 19. Listado de Oportunidades de Mejora**

ÍTEM	OPORTUNIDAD DE MEJORA
------	-----------------------

1	Crear un Seguro Obligatorio que garantice la atención de Pacientes en Urgencias –SOAPU- independiente de que cumplan o no con los requisitos establecidos.
2	Implementar un Sistema de Información, y/o contratar una base de datos que permita consultar los documentos requeridos y efectuar los pagos para que las IPS siempre atiendan a los pacientes que requieren el servicio de urgencias.

**Fuente:** Autor (Carlos E. Navarrete S).

**6.5.2. Consulta sobre el SOAPU.** Dentro del trabajo de campo adelantado de manera conjunta con los estudiantes se consultaron entes y personas relacionadas con el sistema de Salud obteniendo la siguiente retroalimentación:

- ✓ La Defensoría del Pueblo, considera que de gran utilidad el proyecto por la protección sobre la población menos favorecidas y por cumplir con la Ley de acuerdo con las normas (Art. 2, Ley 10 de 1990; Art. 2, Decreto 412 de 1992; Art. 168 de la Ley 100 de 1993; Inciso 2 del Art. 10 de la Resolución 5261 de 1994; Numeral 4.1 de la Circular 14 de 1995; Numeral 6, parágrafo 1 del Art. 6 del Acuerdo 30 del CNSSS y Art. 67 de la Ley 715 de 2001) y las demás relacionadas con la cobertura del SGSSS en el país<sup>63</sup>.
- ✓ La Secretaria de Salud Distrital, considera el SOAPU como una opción adicional y útil, a pesar de que la Ley obliga a que el servicio se preste, hecho que hoy se ha convertido en letra muerta pues las estadísticas muestran el sin número de casos en que la persona muere, no sólo por la gravedad de sus lesiones, sino por la falta de atención. Según la Secretaría\*, la Ley garantiza que el incumplimiento en la atención inicial de urgencias, acarrea para las IPS sanciones por parte del Estado. De igual forma, los funcionarios del Centro Regulador de Urgencias –CRU- del Distrito, recomiendan la creación de un Seguro que ampare a las IPS públicas y privadas, del no pago de los aseguradores<sup>64</sup>.

\***Nota:** Esa recomendación planteada por la Secretaría es lo que busca cubrir el SOAPU. Esto reafirma las bondades del proyecto.

En el caso del Ministerio de la Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud, se solicitó una opinión sobre el proyecto. (Véase Anexo 19. Cartas MINPROTECCIÓN y SUPERSALUD).

<sup>63</sup> ENTREVISTA con Jairo Betancourt, Investigador del Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo. Bogotá D.C., 8 de septiembre de 2006.

<sup>64</sup> ENTREVISTA con Gabriel Darío Paredes y Miguel González, Director del CRU y Funcionario Asesor del CRU. Bogotá D.C., 8 de junio de 2006.

**6.5.3. Beneficios generados para el usuario por el SOAPU.** Todas las personas que requieran el servicio de urgencias y que les sea negado por algún motivo tendrán cobertura por la atención en urgencias, así:

- Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, que no puedan ser reclamados a otras entidades de seguros y que garanticen la atención plena del paciente.
- Exámenes, diagnósticos y de laboratorio que sean ordenados por el médico tratante prestado interna o externamente.
- Gastos de transporte y movilización de las víctimas a los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado del sector salud, que sean requeridos y no cubiertos por otra póliza.
- Estabilización y remisión del paciente que lo requiera e interconsulta especializada.
- También garantiza la cobertura de lesiones, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, teniendo en cuenta el Art. 162 de la ley 100 de 1993<sup>65</sup>.

#### **6.5.4. Operación del SOAPU (Ver Anexo 19)**

##### ✓ **Recepción y negación del servicio**

Cuando un paciente que no tenga cobertura sea llevado al servicio de urgencias de una IPS y ésta no obtenga autorización de la EPS para atenderlo, marcará al paciente como paciente bajo protección del SOAPU y a partir de ese momento procederá a prestarle todos los servicios requeridos, los cuales deben ser cubiertos por la póliza.

Si el paciente requiere remisión a otra IPS, la IPS receptora lo remitirá con cargo a la póliza.

Para los gastos de transporte y movilización corresponde a la IPS que realiza la remisión del paciente.

##### ✓ **Reclamación hacia la póliza**

La IPS presentará al SOAPU, a través de un Portal de Internet los soportes del servicio prestado al paciente, el respaldo de la no autorización de la EPS e indicará la cuenta en la cual se debe consignar el monto generado por la atención del paciente.

##### ✓ **Recobro por la Atención en Urgencias**

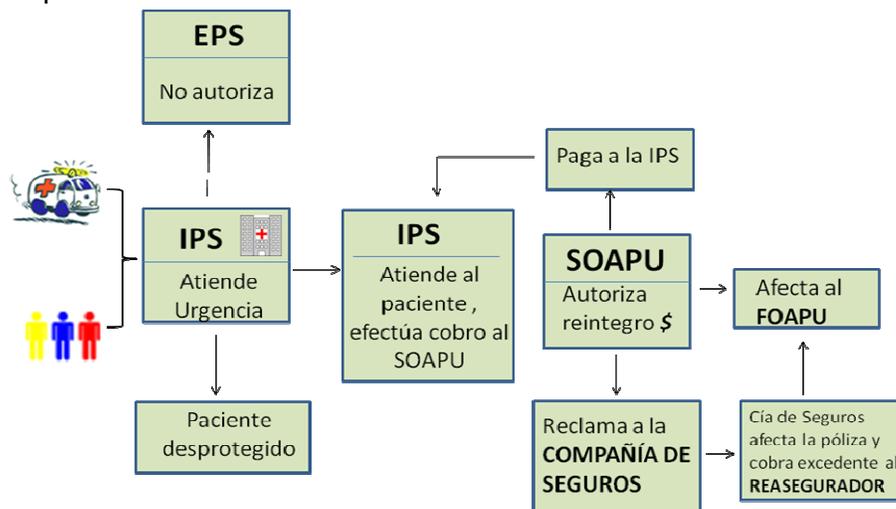
La aseguradora que respalde el SOAPU presentará la reclamación ante la EPS, ARS o entidad que debió responder por el paciente. Si no hay forma de

---

<sup>65</sup> Art. 162, Ley 100 de 1993: Plan Obligatorio de Salud.

efectuar el recobro el SOAPU presentará el siniestro ante la compañía de seguros para efectuar la póliza establecida para ésta.

**Figura 5.** Esquema funcional del SOAPU.



Fuente: Autor

✓ **Recaudo y distribución de recursos**

Para fondar el SOAPU se utilizarán recursos provenientes de impuestos (Porcentaje al licor, tabaco, loterías y, a los alojamiento en residencias, moteles, amoblados y hostales), la reasignación de recursos asignados a los departamentos y municipios por regalías del petróleo y un porcentaje de las EPS. El Estado será el responsable de realizar los pagos y de efectuar el recobro ante las compañías aseguradoras.

El valor recaudado se debe distribuir así:

**Cuadro 20.** Distribución de recaudos del SOAPU

Destino	% asignado
Aseguradora para el pago de siniestros	70%
FONAPU	28%
Fondo de Base de Datos	2%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

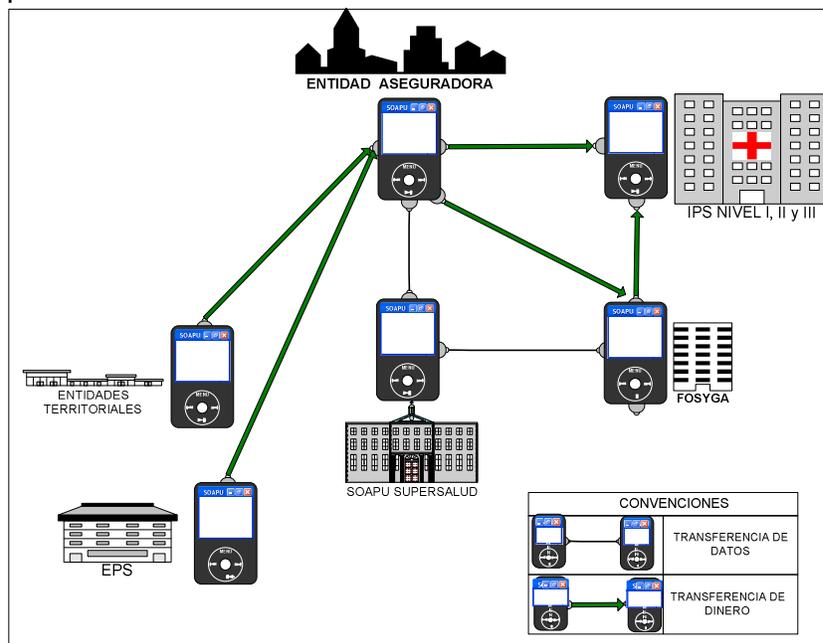
Fuente: Equipo de trabajo de campo

Esta asignación se realiza con base en la distribución del recurso del SOAT<sup>66</sup> (Artículo 244 de la Ley 100 de 1993).

Para el reembolso a las IPS por concepto del SOAPU, el Asegurador debe responder hasta 500 SMDLV, si sobrepasa esta cuantía el FOSYGA aporta 300 SMDLV. En caso de exceder los 800 SMDLV, se tomará una póliza en exceso a través de un reasegurador que ampare a la EPS, ARS, Unidades Adaptadas y/o Entes Territoriales para el caso de los vinculados.

La operación de recaudo y distribución de recursos en la red se ilustra en el siguiente gráfico:

Figura 6. Esquema de Distribución de recursos del SOAPU.



Fuente: Grupo de trabajo de campo

El movimiento del recaudo y la distribución del dinero del FONAPU<sup>67</sup> y de la Aseguradora se deben realizar, a través de una transacción electrónica para

<sup>66</sup> FAJARDO GAVIRIA, Revista FASECOLDA, Op.cit, p.8.

proteger y optimizar el pago hacia la IPS. Lo anterior, incluye el manejo de un sistema integrado de información que garantice la seguridad y oportunidad de los mismos.

**6.5.5. Costos del SOAPU.** La base para establecer es el número de personas desprotegidas y que podrían ser eventuales usuarios del servicio.

Con base en el trabajo de campo desarrollado y en los conceptos de los médicos Dr. Luís Eduardo Varela, Médico Traumatólogo. Reg. Médico 6207 y el Dr. Hernando Ospina, director de la Clínica Chía se estima que el porcentaje de personas desprotegidas es del 10%.

Ahora, este porcentaje se aplica sobre la demanda explicada en el numeral 6.2.5. y así se obtiene el dato de la población que realmente se encuentra desprotegida y no cuenta con capacidad de pago, que se traduce en la población por asegurar por el SOAPU, así:

**Cuadro 21.** Distribución por Régimen y Escenario

Concepto	RÉGIMEN			Totales
	Contributivo	Subsidiado	Vinculado	
Nº Promedio De Personas expuestas a falta de atención en los servicios de Urgencias	4.042.925	3.556.457	2.217.983	<b>9.817.366</b>
Población desprotegida y sin capacidad de pago.	404.293	355.646	221.798	<b>981.737</b>
Número de Casos estimados por año	510	549	709	<b>1.768</b>

**Fuente.** Grupo de trabajo de campo

Se recuerda que el factor de 0,18% fue calculado en el numeral 6.2.5., 6.2.6. y 6.2.7.

Con el fin de conocer los rangos de edades de los potenciales usuarios del servicio del SOAPU se utilizó la información que maneja ACEMI<sup>68</sup>, que integra a

<sup>67</sup> En el caso del FOSYGA, el tiempo promedio de pago a las IPS es de 45 a 60 días, de acuerdo a información brindada por un funcionario del Consorcio FOSYGA.

<sup>68</sup> ACEMI: La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI- es una persona jurídica, de carácter gremial, sin ánimo de lucro, que tiene como propósito apoyar, defender, representar e integrar la iniciativa privada, en especial de sus asociados, que administran servicios de salud, el aseguramiento y gestión de planes de beneficio en salud, como instrumento legítimo y fundamental para el desarrollo del sistema de salud colombiano, el cual agremia al 80% de las EPS del país.

15 EPS del país, el cuál realizó un informe al FOSYGA de la distribución de la población de las EPS agremiadas durante el 2005, incluyendo al Seguro Social.

Para las ARS, no existe información por edades, debido a que la UPC del Régimen Subsidiado no diferencia por grupos de población<sup>69</sup>, por lo tanto, se efectúa una extrapolación con base en las edades para la población nacional.

Para el caso de los vinculados, se realizó una media geométrica con el porcentaje para el Régimen Contributivo y Subsidiado. Con base en los anteriores, se obtuvieron los siguientes datos:

**Cuadro 22.** Distribución por Edades y Régimen

**Distribución por Edades y Por Régimen**

ITEM	Categorías	% Edad Total Nacional (a)	Número de Personas Censo DANE 2005	% Contributivo (b)	% Régimen Subsidiado (c)	% Vinculados (d)
1	0 -14 años	31%	12.899.974	26,5%	31%	29%
2	15-44 años	43%	17.732.605	48,0%	43%	46%
3	45-59 años	18%	7.541.866	15,3%	18%	17%
4	60 o más	7%	3.068.503	10,2%	7%	9%
<b>Población Estimada al 2005</b>		<b>100%</b>	<b>41.242.948</b>	<b>100,0%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

(a) **Fuente:** DANE, cálculos realizados por el Ministerio de Protección Social 2004. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2005 p.10-11, y cálculos realizados ajustados con el Censo del DANE 2005.

(b) **Fuente:** ACEMI, 2006, Informe Población FOSYGA Dic. 2005.

(c) **Fuente:** Inferencia con el % del régimen subsidiado que corresponde al de % la Distribución total por edad.

(d) **Fuente:** Inferencia utilizando la media geométrica de la distribución por edad Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado.

Para estimar el precio del SOAPU se utilizó el valor de la UPC del 2006 para cada régimen y se asumió que no hay variación por región o grupo etario<sup>70</sup> por edad;

<sup>69</sup> Afirmación realizada por el Economista Jairo Betancourt, especialista en Seguridad Social.

<sup>70</sup> Etario: Dicho de varias personas: Que tienen la misma edad. Pertenciente o relativo a la edad de una persona. Período etario. Franja etaria.

según el Acuerdo 322 del 2005. Como referencia se presenta el valor correspondiente a la UPC para las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla, así:

**Cuadro 23.** UPC 2006 Anual

RÉGIMEN	VALOR
Contributivo.	\$ 386.881,20
Subsidiado Pleno.	\$ 215.712,00
Subsidiado Parcial.	\$ 90.599,04
Vinculados al Sistema	\$ 301.296,50

Fuente: MINPROTECCIÓN, Acuerdo 322 de 2005.

Para el Régimen contributivo, el precio del SOAPU, se toma el valor de la UPC fijada por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –CNSSS- y el Ministerio de Protección de Social; en el Régimen subsidiado se utiliza el valor de la UPC del Subsidiado Pleno y para el caso de los vinculados, es el valor promedio de la UPC del Régimen Contributivo y Subsidiado Pleno.

**6.5.5.1. Categorías del SOAPU.** Para el estudio se decidió categorizar por colores y letras, los cuales determinan el riesgo y el costo para cada una de las categorías, las cuales se registran de la siguiente manera:

**Cuadro 24.** Categorías SOAPU

CONVENCIÓN	CATEGORÍA
A*	Incluye a la población entre 0-14 del régimen Contributivo y subsidiado y la población entre 15-44 del régimen Contributivo.
B	Incluye a la población entre 0-14 años de los vinculados, la población del régimen subsidiado entre los 15-44 y la población entre 45-59 del régimen contributivo.
C	Incluye a la población mayor de 60 años del régimen contributivo, la población entre 45-59 del régimen subsidiado y la población entre los 15-44 de los vinculados.
D*	Incluye a los adultos mayores de 45-59 vinculados y mayores de 60 régimen subsidiado y vinculados.

Fuente: Equipo de trabajo.

(\*) **Nota:** Los niveles extremos dentro de estas categorías corresponden a la población con mayor grado de vulnerabilidad y potencialmente son los más beneficiados con el proyecto.

Teniendo en cuenta la distribución por edades de la población del Régimen contributivo<sup>71</sup>, subsidiado y vinculado al Sistema de Seguridad Social en Salud, se multiplica por la Población que realmente se encuentra desprotegida y no cuenta

<sup>71</sup> Aunque el Régimen Contributivo tiene una distribución similar del costo de la UPC, con otros subgrupos, en el caso de la Matriz De Categorización del SOAPU se realizó una extrapolación para los regimenes contributivo, subsidiado y vinculados.

con capacidad de pago por el porcentaje de la distribución de edad logrando determinar la población por categorías:

**Cuadro 25.** Población por Categorías, Edades y Régimen Población Desprotegida y sin capacidad de pago.

	<b>Contributivo</b>	<b>Subsidiado</b>	<b>Vinculado</b>	<b>Totales</b>
0-14 años	126.455	111.239	64.104	301.797
15-44 años	173.828	152.912	100.944	427.683
45-59 años	73.931	65.035	37.228	176.194
60 o más	30.080	26.460	19.522	76.062
<b>Total</b>	404.293	355.646	221.798	981.737

**Fuente:** Equipo de trabajo.

Se concluye de esto que el 59% de la población que se encuentra desprotegida pertenece al régimen subsidiado y a la categoría de vinculados. Igualmente, se encuentra que el 44% de la población nacional afectada se ubica en el rango de 15-44 años.

**6.5.6. Precio.** Con base en las consideraciones anteriores y de acuerdo con el valor de la UPC 2006 de cada Régimen (Ver Tabla 18), se establece los recaudos que se podrían obtener a través de la UPC dentro de cada Régimen, según se refleja en la siguiente tabla:

**Tabla 26.** Valor Recaudo de Recursos UPC por Categoría, Edad y Régimen para la población Desprotegida y sin capacidad de pago.

	<b>(Valores en miles de pesos)</b>		
	<b>Contributivo</b>	<b>Subsidiado</b>	<b>Vinculado</b>
0-14 años	\$ 48.922	\$ 23.995	\$ 19.314.
15-44 años	\$ 67.250	\$ 32.984	\$ 30.414
45-59 años	\$ 28.602	\$ 14.028	\$ 11.216
60 o más	\$ 11.637	\$ 5.707	\$ 5.881
<b>Total</b>	\$ 156.413	\$ 76.717	\$ 66.827
<b>Total Recaudado</b>	\$ 299.957		

**Fuente:** Grupo de Trabajo

El recaudo de la UPC para la población a asegurar es de \$ 299.9 millones, de los cuales el régimen contributivo aporta un 52%, el régimen subsidiado el 26% y un 22% equivale a los aportes de entes territoriales que protegen la población vinculada.

Para estimar el valor del seguro por persona se dividieron los recaudos de la UPC para la población desprotegida por cada Régimen, obteniendo los siguientes valores:

**Tabla 27.** Recaudo por persona según Régimen

CONTRIBUTIVO		SUBSIDIADO		VINCULADO	
Año	Mes	Año	Mes	Año	Mes
\$ 10.528	\$ 877	\$ 4.932	\$ 411	\$ 5.103	\$ 425

Fuente: Equipo de trabajo.

## 6.6. Evaluación Financiera

Con base en los escenarios establecidos en el numeral 6.2.5. se evalúan los costos y beneficios que se derivan del proyecto. Posteriormente, se evalúa el impacto financiero que tendría el Seguro Obligatorio para la Atención de Pacientes en Urgencias –SOAPU-, la viabilidad financiera del proyecto.

### 6.6.1. Escenario Económico Adecuado para los agentes involucrados.

- **Régimen Contributivo:** Se recomienda financiar el pago para la población desprotegida a través de los rendimientos financieros de las inversiones de la subcuenta del FOSYGA de Compensación. Para la redistribución de los recursos de compensación se debe abrir una subcuenta llamada SOAPU desde la cual se distribuye los rendimientos financieros por concepto de inversiones que para el primer semestre del 2005 ascendieron a \$ 50.838 millones de pesos<sup>72</sup> (Ver Anexo 28. Ejecución presupuestal ingresos FOSYGA). Para el SOAPU se requieren \$ 4.256.283.996. Al corte del 31 de Mayo de 2005<sup>73</sup> garantizaban los recursos necesarios para cubrir la población propensa a ser víctima de este Régimen.
- **Régimen Subsidiado:** Para este caso el Estado debe garantizar los recursos necesarios para el funcionamiento del SOAPU. Los recursos requeridos equivalen a \$ 1.826 millones, para una población desprotegida de 355.646 personas. El valor del seguro para esta población es de \$ 4.932. Los recursos se obtendrán de la UPC subsidiada.
- **Vinculados:** Como se indicó en los numerales 6.2.5., 6.2.6. 6.2.7., se requiere un total de ingresos de \$ 1.178 millones de pesos para asegurar el aporte de los vinculados, para una población desprotegida de 221.798 personas, el valor del seguro para ésta es de \$ 5.103 anuales.

<sup>72</sup> PALACIO BETANCOURT, Op.cit., p. 57

<sup>73</sup> *Ibid.*, p. 57

- **Estado:** El Estado debe contribuir con los impuestos a los moteles, al Tabaco, a las loterías, aportes del Presupuesto Nacional, Regalías del Petróleo, cuatro por mil y FOSYGA, a través de los excedentes generados de sus resultados financieros.

Para la definición de los porcentajes de participación se creó un grupo interdisciplinario donde participaron los Ingenieros Industriales Carlos Eduardo Navarrete S. autor del proyecto, Jaime Parra y José Ramón Casallas, profesores de la Universidad del Bosque. De este ejercicio se obtuvo lo siguiente:

**Cuadro 28.** Aportes del Estado para el funcionamiento del SOAPU

APORTE DEL ESTADO TOTAL					Valor
Concepto	Jaime Parra	José R. Casallas	Carlos Navarrete	Promedio	
Licor	20%	20%	10%	16%	\$ 477.011.977
Moteles	15%	10%	10%	11%	\$ 343.985.159
Tabaco	23%	15%	10%	15%	\$ 454.062.516
FOSYGA	10%	20%	20%	16%	\$ 477.011.977
Presupuesto Nacional (Salud)	2%	5%	10%	5%	\$ 139.479.148
Regalías del Petróleo	5%	15%	20%	11%	\$ 343.985.159
Cuatro por mil	5%	5%	10%	6%	\$ 189.302.328
Loterías	20%	10%	10%	13%	\$ 378.604.657
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>		<b>\$ 3.004.987.153</b>

Fuente: Equipo de trabajo.

Para los aportes de los regímenes subsidiados y vinculados al sistema (**Ver Anexo**), el Estado debe suministrar un total de \$ 3.004 millones de pesos, para la operación del SOAPU, los cuales se deben distribuir así:

- 15% del impuesto al tabaco.
- 16% del impuesto al licor
- 16% del FOSYGA,
- 11% por impuestos a los moteles
- 11% de regalías del petróleo
- 13% del recaudo de loterías
- 11% del presupuesto nacional (Salud).
- 6% del 4 por mil que paga el sector financiero.

No obstante, los porcentajes anteriormente determinados por la opinión de expertos, pueden ser modificados por el Gobierno, el cuál podrá implantar y sugerir la distribución de recursos.

## 6.6.2. Impacto Financiero de la Creación del SOAPU

**6.6.2.1. Ingresos.** Se obtienen de multiplicar la población desprotegida y sin capacidad de pago por el precio del SOAPU de cada Régimen, obteniendo los siguientes resultados:

**Tabla 29.** Ingresos por Régimen para el año 2006

INGRESOS POR RÉGIMEN			
Contributivo	Subsidiado	Vinculado	TOTAL
\$ 4.256.283.996	\$ 1.754.212.136	\$ 1.131.868.494	\$ 7.142.364.627

Fuente: Grupo de Trabajo

**6.6.2.2. Gastos.** Se discriminan los siguientes rubros de gastos:

- Hospitalarios se obtienen del número promedio de casos en el año multiplicados según el escenario, por el gasto per cápita en salud del año 2006 (Ver tablas 26, 27 y 28).
- Compra y mantenimiento anual de la base de datos propuesta, equivalente al 18% del costo total. Igualmente, como se explica en el numeral 3.4.4. [Recaudo y Distribución de Recursos], del total de ingresos.
- El 28% para el FONAPU
- El 2% se dirige al Fondo de la Base de Datos Única Integral del SOAPU.
- En los gastos del Estudio Técnico, Legal y Financiero se tuvo en cuenta el costo de la hora-hombre de los integrantes del grupo de trabajo de campo, el número de trayectos en transporte público y privado que se realizaron para la consecución de la investigación, fotocopias, préstamo de equipos de trabajo, pagos de servicios públicos y de comunicaciones.
- Depreciación del Hardware a 3 años, bajo el método de línea recta.

**6.6.2.3. Proyecciones Financieras.** Tanto los ingresos como los egresos se ajustaron con base en el IPC para los próximos 5 años, y así se proyectaron el Balance General y el Estado de Resultados. Para respetar las bases de las finanzas, se plantearon 3 escenarios: Optimista, Pesimista y Normativo.

A continuación, se presentan los flujos de caja (Ver tabla 35. Flujo de caja escenario normal, tabla 36. Flujo de caja escenario pesimista y tabla 37. Flujo de caja escenario optimista) para cada uno de los escenarios definidos en el Capítulo 3 (Escenario optimista, normal y pesimista):

**Cuadro 37.** Flujo de caja escenario normal

CONCEPTO	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	AÑO 6
<b>INVERSIONES FIJAS</b>	\$ 237.666.000						
<i>Servidor HP 9000</i>	\$ 237.666.000						
<b>INGRESOS</b>		\$ 7.436.630.050	\$ 7.752.538.094	\$ 8.071.198.420	\$ 8.402.104.641	\$ 8.744.362.021	\$ 9.098.183.813
<b>GASTOS HOSPITALARIOS</b>		\$ 774.441.048	\$ 807.339.304	\$ 840.524.179	\$ 874.984.325	\$ 910.626.567	\$ 947.473.111
<b>GASTOS DE MANTENIMIENTO</b>		\$ 44.542.411	\$ 46.434.573	\$ 48.343.219	\$ 50.325.214	\$ 52.375.197	\$ 54.494.447
<b>OTROS EGRESOS</b>		\$ 2.230.989.015	\$ 2.325.761.428	\$ 2.421.359.526	\$ 2.520.631.392	\$ 2.623.308.606	\$ 2.729.455.144
<i>FONAPU</i>		\$ 2.082.256.414	\$ 2.170.710.666	\$ 2.259.935.558	\$ 2.352.589.300	\$ 2.448.421.366	\$ 2.547.491.468
<i>Fondo Base de Datos</i>		\$ 148.732.601	\$ 155.050.762	\$ 161.423.968	\$ 168.042.093	\$ 174.887.240	\$ 181.963.676
<b>INVERSIONES DIFERIDAS</b>	\$ 3.629.892.411	\$ 725.978.482	\$ 725.978.482	\$ 725.978.482	\$ 725.978.482	\$ 725.978.482	
<b>Software</b>	\$ 3.624.406.500						
<i>Motor base de datos (SQL)</i>	\$ 59.416.500						
<i>Sistema de Información ERP</i>	\$ 3.564.990.000						
<b>Estudio Legal, Técnico y Financiero</b>	\$ 5.485.911						
<i>Transporte</i>	\$ 396.450						
<i>Hora-Hombre Consultas</i>	\$ 894.906,26						
<i>Fotocopias</i>	\$ 20.200						
<i>Revista</i>	\$ 15.000						
<i>Hora-Hombre utilizada para el Trabajo</i>	\$ 1.369.448						
<i>Impresiones</i>	\$ 321.600						
<i>Servicios</i>	\$ 1.796.966						
<i>Comunicaciones</i>	\$ 12.300						
<i>Gastos de Entrega del Trabajo</i>	\$ 659.040						
<b>DEPRECIACIONES</b>		\$ 79.222.000	\$ 79.222.000	\$ 79.222.000			
<b>UTILIDAD</b>	\$ -3.867.558.411	\$ 3.581.457.093	\$ 3.767.802.307	\$ 3.955.771.014	\$ 4.230.185.228	\$ 4.432.073.169	\$ 5.366.761.111
<b>DEPRECIACIONES</b>		\$ 79.222.000	\$ 79.222.000	\$ 79.222.000			
<b>AMORTIZACIÓN DIFERIDAS</b>		\$ 725.978.482	\$ 725.978.482	\$ 725.978.482	\$ 725.978.482	\$ 725.978.482	
<b>FLUJO NETO</b>	\$ -3.867.558.411	\$ 4.386.657.575	\$ 4.573.002.789	\$ 4.760.971.496	\$ 4.956.163.710	\$ 5.158.051.651	\$ 5.366.761.111

INDICADORES FINANCIEROS	
Concepto	Valor/%
VPN (6,16% E.A. + 10%)	\$ 19.778.455.391
TIR	116%
B/C	4,54
PR	0,94

Fuente: Grupo de Trabajo

**Cuadro 38.** Flujo de caja escenario pesimista

CONCEPTO	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	AÑO 6
<b>INVERSIONES FIJAS</b>	<b>\$ 237.666.000</b>						
<i>Servidor HP 9000</i>	\$ 237.666.000						
<b>INGRESOS</b>		\$ 7.436.630.050	\$ 7.752.538.094	\$ 8.071.198.420	\$ 8.402.104.641	\$ 8.744.362.021	\$ 9.098.183.813
<b>GASTOS HOSPITALARIOS</b>		\$ 946.010.256	\$ 986.196.771	\$ 1.026.733.403	\$ 1.068.827.830	\$ 1.112.366.233	\$ 1.157.678.160
<b>GASTOS DE MANTENIMIENTO</b>		\$ 44.542.411	\$ 46.434.573	\$ 48.343.219	\$ 50.325.214	\$ 52.375.197	\$ 54.494.447
<b>OTROS EGRESOS</b>		\$ 2.230.989.015	\$ 2.325.761.428	\$ 2.421.359.526	\$ 2.520.631.392	\$ 2.623.308.606	\$ 2.729.455.144
<i>FONAPU</i>		\$ 2.082.256.414	\$ 2.170.710.666	\$ 2.259.935.558	\$ 2.352.589.300	\$ 2.448.421.366	\$ 2.547.491.468
<i>Fondo Base de Datos</i>		\$ 148.732.601	\$ 155.050.762	\$ 161.423.968	\$ 168.042.093	\$ 174.887.240	\$ 181.963.676
<b>INVERSIONES DIFERIDAS</b>	<b>\$ 3.629.892.411</b>	<b>\$ 725.978.482</b>					
<b>Software</b>	<b>\$ 3.624.406.500</b>	\$ 6.490.619.794	\$ 6.766.341.323	\$ 7.044.465.017	\$ 7.333.276.811	\$ 7.631.995.789	\$ 7.940.505.653
<i>Motor base de datos (SQL)</i>	\$ 59.416.500						
<i>Sistema de Información ERP</i>	\$ 3.564.990.000						
<b>Estudio Legal, Técnico y Financiero</b>	<b>\$ 5.485.911</b>						
<i>Transporte</i>	\$ 396.450						
<i>Hora-Hombre Consultas</i>	\$ 894.906,26						
<i>Fotocopias</i>	\$ 20.200						
<i>Revista</i>	\$ 15.000						
<i>Hora-Hombre utilizada para el Trabajo</i>	\$ 1.369.448						
<i>Impresiones</i>	\$ 321.600						
<i>Servicios</i>	\$ 1.796.966						
<i>Comunicaciones</i>	\$ 12.300						
<i>Gastos de Entrega del Trabajo</i>	\$ 659.040						
<b>DEPRECIACIONES</b>		\$ 79.222.000	\$ 79.222.000	\$ 79.222.000			
<b>UTILIDAD</b>	\$ -3.867.558.411	\$ 3.409.887.886	\$ 3.588.944.840	\$ 3.769.561.789	\$ 4.036.341.723	\$ 4.230.333.503	\$ 5.156.556.062
<b>DEPRECIACIONES</b>		\$ 79.222.000	\$ 79.222.000	\$ 79.222.000			
<b>AMORTIZACIÓN DIFERIDAS</b>		\$ 725.978.482	\$ 725.978.482	\$ 725.978.482	\$ 725.978.482	\$ 725.978.482	
<b>FLUJO NETO</b>	<b>\$ -3.867.558.411</b>	<b>\$ 4.215.088.368</b>	<b>\$ 4.394.145.322</b>	<b>\$ 4.574.762.271</b>	<b>\$ 4.762.320.205</b>	<b>\$ 4.956.311.985</b>	<b>\$ 5.156.556.062</b>

INDICADORES FINANCIEROS	
Concepto	Valor/%
VPN (6,16% E.A. + 10%)	\$ 18.853.410.624
TIR	112%
B/C	4,36
PR	0,97

Fuente: Grupo de Trabajo

**Cuadro 39.** Flujo de caja escenario optimista

CONCEPTO	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	AÑO 6
<b>INVERSIONES FIJAS</b>	<b>\$ 237.666.000</b>						
<i>Servidor HP 9000</i>	<i>\$ 237.666.000</i>						
<b>INGRESOS</b>		<b>\$ 7.436.630.050</b>	<b>\$ 7.752.538.094</b>	<b>\$ 8.071.198.420</b>	<b>\$ 8.402.104.641</b>	<b>\$ 8.744.362.021</b>	<b>\$ 9.098.183.813</b>
<b>GASTOS HOSPITALARIOS</b>		<b>\$ 630.673.504</b>	<b>\$ 657.464.514</b>	<b>\$ 684.488.936</b>	<b>\$ 712.551.887</b>	<b>\$ 741.577.488</b>	<b>\$ 771.785.440</b>
<b>GASTOS DE MANTENIMIENTO</b>		<b>\$ 44.542.411</b>	<b>\$ 46.434.573</b>	<b>\$ 48.343.219</b>	<b>\$ 50.325.214</b>	<b>\$ 52.375.197</b>	<b>\$ 54.494.447</b>
<b>OTROS EGRESOS</b>		<b>\$ 2.230.989.015</b>	<b>\$ 2.325.761.428</b>	<b>\$ 2.421.359.526</b>	<b>\$ 2.520.631.392</b>	<b>\$ 2.623.308.606</b>	<b>\$ 2.729.455.144</b>
<i>FONAPU</i>		<i>\$ 2.082.256.414</i>	<i>\$ 2.170.710.666</i>	<i>\$ 2.259.935.558</i>	<i>\$ 2.352.589.300</i>	<i>\$ 2.448.421.366</i>	<i>\$ 2.547.491.468</i>
<i>Fondo Base de Datos</i>		<i>\$ 148.732.601</i>	<i>\$ 155.050.762</i>	<i>\$ 161.423.968</i>	<i>\$ 168.042.093</i>	<i>\$ 174.887.240</i>	<i>\$ 181.963.676</i>
<b>INVERSIONES DIFERIDAS</b>	<b>\$ 3.629.892.411</b>	<b>\$ 725.978.482</b>					
<b>Software</b>	<b>\$ 3.624.406.500</b>						
<i>Motor base de datos (SQL)</i>	<i>\$ 59.416.500</i>						
<i>Sistema de Información ERP</i>	<i>\$ 3.564.990.000</i>						
<b>Estudio Legal, Técnico y Financiero</b>	<b>\$ 5.485.911</b>						
<i>Transporte</i>	<i>\$ 396.450</i>						
<i>Hora-Hombre Consultas</i>	<i>\$ 894.906,26</i>						
<i>Fotocopias</i>	<i>\$ 20.200</i>						
<i>Revista</i>	<i>\$ 15.000</i>						
<i>Hora-Hombre utilizada para el Trabajo</i>	<i>\$ 1.369.448</i>						
<i>Impresiones</i>	<i>\$ 321.600</i>						
<i>Servicios</i>	<i>\$ 1.796.966</i>						
<i>Comunicaciones</i>	<i>\$ 12.300</i>						
<i>Gastos de Entrega del Trabajo</i>	<i>\$ 659.040</i>						
<b>DEPRECIACIONES</b>		<b>\$ 79.222.000</b>	<b>\$ 79.222.000</b>	<b>\$ 79.222.000</b>			
<b>UTILIDAD</b>	<b>\$ -3.867.558.411</b>	<b>\$ 3.725.224.638</b>	<b>\$ 3.917.677.097</b>	<b>\$ 4.111.806.257</b>	<b>\$ 4.392.617.666</b>	<b>\$ 4.601.122.247</b>	<b>\$ 5.542.448.782</b>
<b>DEPRECIACIONES</b>		<b>\$ 79.222.000</b>	<b>\$ 79.222.000</b>	<b>\$ 79.222.000</b>			
<b>AMORTIZACIÓN DIFERIDAS</b>		<b>\$ 725.978.482</b>					
<b>FLUJO NETO</b>	<b>\$ -3.867.558.411</b>	<b>\$ 4.530.425.120</b>	<b>\$ 4.722.877.579</b>	<b>\$ 4.917.006.739</b>	<b>\$ 5.118.596.148</b>	<b>\$ 5.327.100.729</b>	<b>\$ 5.542.448.782</b>

INDICADORES FINANCIEROS	
Concepto	Valor/%
VPN (6,16% E.A. + 10%)	\$ 20.553.284.843
TIR	120%
B/C	4,69
PR	0,91

Fuente: Autores Equipo de Trabajo

**6.6.2.4. Evaluación Económica por Escenarios.** Para cálculo del Valor presente neto, Beneficio Costo (B/C) y Periodo de Recuperación (PR), se utiliza una tasa mínima atractiva equivalente al DTF de la fecha <sup>74</sup> +10 puntos porcentuales<sup>75</sup>. En el momento de la evaluación del proyecto la tasa estaba en el 6,16% ea.

**a). Evaluación Escenario Normal**

VPN(16,16%)	\$	19.778
B/C		4,54
TIR		116%
TRI		0,94

**b). Evaluación Escenario Pesimista**

VPN(16,16%)	\$	18.853
B/C		4,36
TIR		112%
TRI		0,97

**c). Evaluación Escenario Optimista**

VPN(16,16%)	\$	20.553
B/C		4,69
TIR		120%
TRI		0,91

**6.6.2.5. Resumen Financiero.** Tal como lo muestran los indicadores financieros en los 3 escenarios y utilizando los criterios de VPN (Valor Presente Neto), TIR (Tasa Interna de Retorno), B/C (Beneficio Costo) y TRI (Tiempo de Retorno de Inversión).

De acuerdo con los datos anteriores el proyecto es viable financieramente, ya que el VPN es positivo, la TIR oscila entre el 112% y 120%, la relación B/C está entre 4,36% y 4,69% y el período de recuperación de la Inversión está entre 0,91 y 0,97 períodos.

Como resumen de este capítulo se concluye la viabilidad económica del proyecto SOAPU bajo los tres escenarios, se obtiene valores favorables para el VPN, TIR, la relación Beneficio / costo, el período de recuperación para definir la viabilidad económica del seguro.

<sup>74</sup> DTF del 5 de septiembre de 2006.

<sup>75</sup> Los 10 puntos fueron sugeridos por el Ingeniero Carlos Eduardo Navarrete, miembro del grupo de trabajo.

## 7. INDICADORES DE GESTIÓN<sup>76</sup>

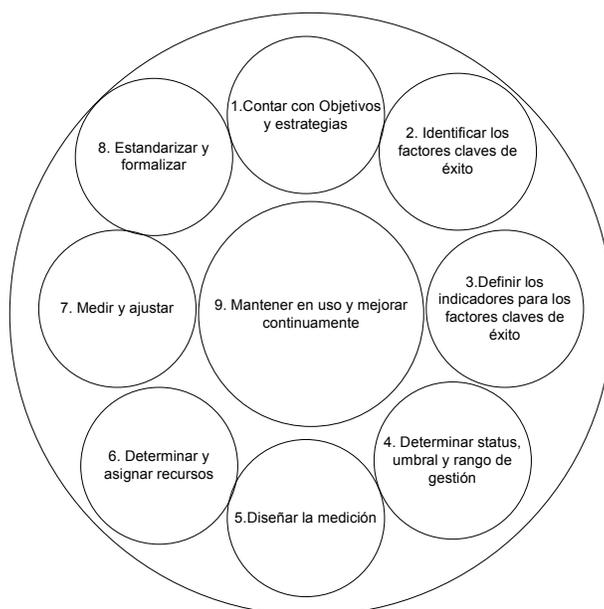
### 7.1 DEFINICIÓN

Son razones o proporciones que miden la gestión, operación y resultados de un área, empresa o grupo de compañías, con el fin de compararse interna o externamente a través del Benchmarking. Cada vez más se convierten en una herramienta gerencial para la administración de recursos públicos o privados. Los indicadores de gestión son fundamentales para evaluar uno de los temas críticos en la calidad de vida de las personas como lo es la salud.

### 7.2 METODOLOGÍA

En la Figura 6, se presentan las fases genéricas para el establecimiento de indicadores de gestión.

**Figura 6.** Metodología general para el establecimiento de indicadores de gestión



**Fuente:** Indicadores de Gestión Herramientas para lograr la competitividad<sup>77</sup>

<sup>76</sup> **MORALES MONTEJO**, Clemencia. Evalué la gestión de su empresa. 3R Editores. 2005. Pág. 160.

<sup>77</sup> **BELTRÁN JARAMILLO**, Jesús Mauricio, Indicadores de Gestión, 3R Editores, Segunda Edición, 1998. Pág. 73

### 7.3 CONTAR CON OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS IMPORTANCIA Y ÉXITO DE LOS INDICADORES

Para garantizar el éxito en el desarrollo de indicadores de gestión, es fundamental contar con objetivos claros, precisos, cuantificables y tener establecida la o las estrategias que se emplearán para lograr las metas propuestas. Existen unos elementos que nos ayudan a determinar los factores claves de éxito entre los cuales pueden mencionarse:

**Cuadro 33.** Factores Claves de Éxito<sup>78</sup>

	OBJETIVO	Factor Crítico de Éxito
<b>FINANCIERO</b>	Identificar la rotación de los gastos correspondientes al SOAPU derivados del pago a las IPS durante el año.	Eficacia
	Determinar la eficiencia del pago a las IPS por concepto de transferencia de recursos.	Eficiencia
	Medir la liquidez que tiene el SOAPU.	Eficacia
	Medir la Gestión de Facturación de las IPS.	Eficiencia
	Determinar el porcentaje de los pagos parciales con respecto a los pagos totales.	Eficiencia
	Medir el cumplimiento de los recaudos.	Eficiencia
<b>OPERATIVO</b>	Identificar el porcentaje de las radicaciones devueltas por incumplimiento de los requisitos básicos.	Eficiencia
	Medir el cumplimiento de las IPS de los requisitos exigidos por el SOAPU.	Eficiencia
	Medir la eficiencia de la base de datos.	Eficiencia
	Medir la participación de pacientes Vinculados que utilizan el SOAPU.	Eficacia
	Determinar el porcentaje de pacientes que no han sido atendidos por la aseguradora.	Eficacia
	Evaluar la oportunidad en la atención en consulta de urgencias.	Eficacia
	Determinar la participación del Seguro SOAPU.	Eficacia

**Fuente:** Equipo de trabajo

De acuerdo al cuadro anterior se establecen los indicadores de gestión respectivos a cada proceso, los cuáles tienen la función de medir el funcionamiento del SOAPU (Ver tabla 28), los cuales acompañan a cada proceso creado para el funcionamiento del Seguro Obligatorio para la Atención de Pacientes en Urgencias –SOAPU.

La definición de cada uno de los indicadores se expresa en cada uno de los procesos creados para el funcionamiento del SOAPU.

<sup>78</sup> Factor crítico o Clave de éxito: Variable o aspecto clave de un proceso o proyecto de cuyo resultado depende el éxito o el logro de los objetivos del proceso o proyecto.

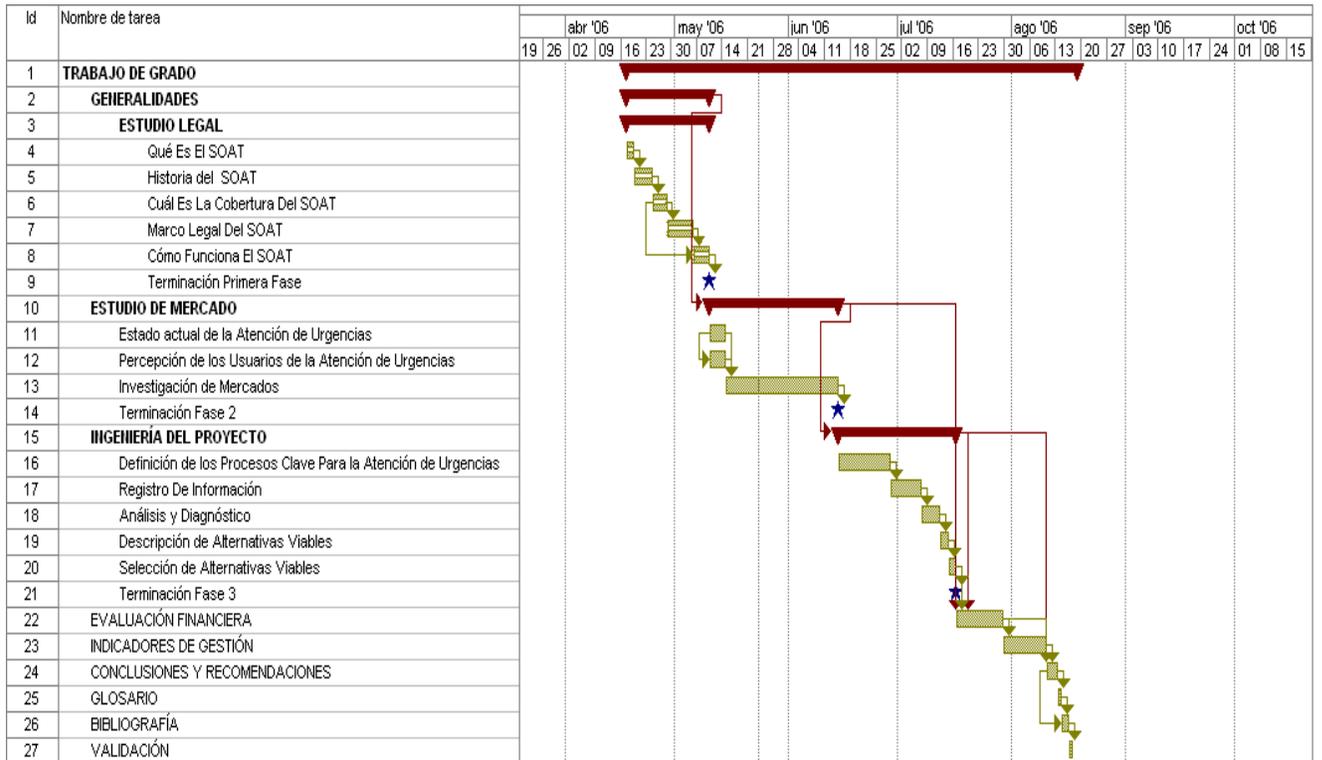
## CONCLUSIONES

1. Aproximadamente el 28% de usuarios del servicio de urgencias podrían estar expuesto al “Paseo de la Muerte” debido a los trámites que se presenta en el momento de la urgencia.
2. El índice de personas sometidas al “Pase de la Muerte” crece dramáticamente en los últimos 24 meses.
3. La Bioética tiene como base fundamental la protección de la vida y de los derechos humanos. Tres de los principios fundamentales de ésta se están desconociendo cuando se permite que el sistema no evite que las personas mueran por falta de atención en los servicios de urgencias.
4. Los ciudadanos debemos hacer parte del mejoramiento en el sistema de salud tal como lo plantea el premio Nóbel de economía Amartya Senn.
5. Existe una figura similar al SOAPU, como es el SOAT, el cual ha demostrado que se puede garantizar la atención médica a quien se ve afectado por un accidente de tránsito y el cual hasta antes del SOAT prácticamente estaba condenando a muerte a quien era atropellado por un vehículo y no contaba con un servicio de salud adecuado.
6. Los recursos para la financiación del proyecto deben ser suministrados por el Estado quien es el responsable de acuerdo con la Constitución y la Ley de la prestación del servicio de salud.
7. El proyecto SOAPU es viable financieramente, ya que el VPN es positivo, la TIR oscila entre el 112% y 120%, la relación B/C está entre 4,36% y 4,69% y el período de recuperación de la Inversión está entre 0,91 y 0,97 períodos.
8. Los conceptos bioéticos de la Justicia Sanitaria se aplican combinando la ingeniería de procesos, los planteamientos de Beauchamp y Childess, de Diego Gracia, de Amantya Senn, dentro del marco de los principios fundamentales de la Bioética como elemento para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida evitando que en Colombia se mueran las personas por el macabro “Paseo de la Muerte”.
9. Esta propuesta debe convertirse en un Proyecto de Ley que obligue al Gobierno a cumplir con la Constitución de Colombia y las Leyes que han sido escritas para la protección al derecho a al vida y la salud, y que hoy en Colombia no son más que letra muerta.

10. Es para mí, como autor del proyecto, muy satisfactorio haber logrado combinar los principios básicos de la bioética, mis conocimientos de la ingeniería y mi sensibilidad humana para ofrecer una propuesta que va a beneficiar a una población vulnerable a la cual no se le respeta el principio fundamental de la vida y la salud.

## **RECOMENDACIONES**

1. Integrar este proyecto dentro de los grupos de investigación que tiene la Universidad.
2. Presentar el proyecto ante el Congreso de la República honrando el convenio que existe entre la Rectoría y el ente Legislativo.



**Nota:** Para verse con mayor detalle véase Anexo 2

## BIBLIOGRAFÍA

BEAUCHAMP, Tom L, CHILDRESS, James F. Principles of Biomedical Ethics. Fifth Edition.

BELTRÁN JARAMILLO, Jesús Mauricio, *Indicadores de Gestión*. Bogotá D.C. 3R Editores, Segunda Edición, 1998.

CASTAÑO, RAMÓN ABEL, Revista gerencia y políticas de salud, ¿Estado, mercado, y análisis económico: complementos ó substitutos? Pontificia universidad Javeriana, VOLUMEN 4 Número 008 Bogotá D.C. 2005.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO, *Evaluación de los servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud*. Bogotá D.C., 2003.

DEFENSORIA DEL PUEBLO, *Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las empresas promotoras de salud 2005*. Bogotá D.C., 2005.

DEFENSORIA DEL PUEBLO, *El Derecho a la Salud: En la Constitución, La Jurisprudencia y Los Instrumentos Internacionales*. Bogotá D.C., 2003.

ENSAYOS EN BIOÉTICA una experiencia colombiana, Colección Bíos y Ethos Número 11, Universidad el Bosque, Editorial Kimpres Ltda., Bogotá D.C., 2000

GALVIS CRISTIAN, Justicia Sanitaria, Colección Pedagogía y Bioética Número 9, Universidad El Bosque, Bogotá D.C. 2002.

GRACIA DIEGO, Profesión médica, investigación y justicia sanitaria, Bogotá D. C, Editorial El Búho Ltda., Primera Edición, 1998.

HOTTOIS GILBERT, ¿Qué es la Bioética?, Bogotá D.C. Editorial Kimpres Ltda., 2007.

ICONTEC, *Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001:2000*, **Bogotá, Segunda Actualización.**

KAPLAN, **Robert S.** y NORTON, **David P.** *Cuadro de Mando Integral*. Editorial Planeta Colombiana S.A., Bogotá, 2004.

KOTLER, **Philip** y Armstrong, **Gary**. *Marketing 8ª Edición*. **México D.F. Pearson Educación. 2001.**

LEY 100 de 1993

MENDEZ, **Rafael**, *Formulación y Evaluación de Proyectos*, Bogotá D.C, Editorial Quebecor World, 2004.

MORALES MONTEJO, **Clemencia**, *Evalúe la Gestión de Su Empresa*, Editores 3R, 2005.

PORTER, **Michael E.** *Estrategia Competitiva*. CECSA Editores, Trigésima segunda edición: 2004.

SUPERSALUD, *Guía para la aplicación de normas del SOAT en IPS públicas y privadas*. Bogotá. 1997.

VARELA, **Rodrigo**. *Innovación Empresarial. Arte y ciencia en la creación de empresas* Bogotá D.C. Pearson Educación de Colombia, segunda edición: 2001

#### **Páginas Web:**

[http://www.alcaldiabarranquilla.gov.co/sisben\\_informacion.asp](http://www.alcaldiabarranquilla.gov.co/sisben_informacion.asp)

<http://elpais-cali.terra.com.co/historico/mar262006/NAL/A1026N1.html>

[http://www.eselcgs.gov.co/enterese/article.php3?id\\_article=164](http://www.eselcgs.gov.co/enterese/article.php3?id_article=164)

[http://www.fasecolda.com/int/CT\\_SOAT\\_MJuridico.php](http://www.fasecolda.com/int/CT_SOAT_MJuridico.php)

<http://www.fasecolda.com/int/QuienesSomos.php>

<http://www.icontec.org.co>

<http://www.presidencia.gov.co/sne/2005/octubre/11/14112005.htm>

<http://es.wikipedia.org/wiki/Bio%C3%A9tica> Definicion-Dominio, principios de bioetica

<http://www.ugr.es/~eianez/Biotecnologia/bioetica.htm> introduccion a la bioetica.

[www.larepublica.com.pe](http://www.larepublica.com.pe)

Informe de la defensoria del pueblo 2007, diciembre 7, 2007 3:39PM

[http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/tutela\\_salud.pdf](http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/tutela_salud.pdf)

[http://www.defensoria.org.co/red/?\\_item=03030103&\\_secc=03&\\_ts=2&\\_hs=03031263](http://www.defensoria.org.co/red/?_item=03030103&_secc=03&_ts=2&_hs=03031263). La tutela y el derecho a la salud 31 de agosto 2007.