

El transporte aéreo medicalizado como una garantía para el acceso a los servicios de salud en Colombia*

The medicalized air transport as a guarantee access to health services in Colombia

Pedro Luis Páez Rojas**
Diana Marcela Tabares Restrepo***
Carolina Vergara Crespo****

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo principal describir como el servicio de ambulancias aéreas medicalizadas pudieran mejorar el acceso a los servicios de salud en las poblaciones geográficamente dispersas y población privada de la libertad en Colombia, lo que a pesar del cambio satisfactorio en la cobertura y aseguramiento en salud de la población en el país, se hace necesario considerar el transporte aéreo medicalizado como una forma de respuesta a las necesidades en salud, es de anotar que este no reemplaza en ningún momento el transporte medico terrestre; contar con un servicio médico aéreo en zonas dispersas puede garantizar la seguridad de un traslado de pacientes considerados en riesgo de muerte, con complicación grave de su salud o integridad física. Para ellos se realizó búsqueda sistemática de información; indagando principalmente sobre las condiciones particulares que constituyen barreras de acceso al servicio de salud de Colombia para estas poblaciones.

Palabras clave: Transporte de pacientes, accesibilidad a los servicios de salud, población

Abstract

This paper 's main objective was described as medicalized air ambulance service could improve access to health services in geographically dispersed and deprived of their freedom in Colombia populations, despite the satisfactory change in coverage and insurance health of the population in the country, it is necessary to consider the medicalized air transport as a way of responding to the health needs , it should be noted that this does not replace at any time the Earth medical transportation ; have an air medical service in scattered can guarantee the security of a transfer of patients considered at risk of death, serious complication of her health or safety areas. For them systematic search for information was made; mainly inquiring about the particular conditions that constitute barriers to access to health services for these populations of Colombia.

Key words: Patient transport, accessibility to health services, population

Introducción

El servicio de ambulancias aéreas medicalizadas y su uso, se ha venido desarrollando a través de la historia debido a la necesidad de traslado de los heridos en combate hacia centros clínicos militares para su tratamiento. El primer transporte realizado data de 1870 en la guerra franco prusiana, en la cual se utilizaron globos para realizar la evacuación de heridos en guerra.

** Especialista en Gerencia de la Seguridad Social, Facultad de Derecho. Universidad CES. Correo electrónico: pedropaezabogado@gmail.com

*** Especialista en Gerencia de la Seguridad Social, Facultad de derecho. Universidad CES. Correo electrónico: dmtr@sanvicentefundacion.com

**** Especialista en Gerencia de la Seguridad Social, Facultad de derecho. Universidad CES. Correo electrónico: carolina.vergara@upb.edu.co

Recepción:
30 de enero de 2015

Revisión:
13 de marzo de 2015

Aprobación:
13 de mayo de 2015

Revisión de tema

* El artículo que se presenta a continuación, hace parte del proyecto de investigación titulado: "Transporte aéreo medicalizado en Colombia como una garantía para el acceso a los servicios de salud". Investigación adelantada bajo la asesoría del doctor Jaime Augusto Maya Cuartas. El grupo de investigación en el que se inscribió el proyecto fue el Grupo de Estudios Jurídicos. La investigación fue realizada para optar por el título de especialista en gerencia de la seguridad social de la Universidad CES.

El servicio dio un giro crucial con el surgimiento de los aeroplanos, tanto en la primera como en la segunda guerra mundial, se valían de aviones pequeños para la evacuación de los soldados en los campos de guerra y se logró por este servicio salvar la vida de alrededor 1'300.000 soldados heridos en batalla. Luego de las guerras mundiales, los países Europeos y Estado Unidos siguieron en el desarrollo de sus programas de transporte/evacuación en ambulancias aéreas medicalizadas, entre los que se pueden mencionar, el Flight Royal Doctor Service de Australia, el grupo REGA en Suiza, el grupo de Servicio de Atención Médica de UrgenciaSAMU en Francia y más de 500 programas en los Estados Unidos. Muchos programas en el mundo son financiados con recursos estatales, otros por Fundaciones sin ánimo de lucro y otros de origen privados con fines comerciales de negocio. El transporte Aeromédico cada día toma más fuerza en un países como Colombia en donde el sistema de salud es bastante deficiente en zonas apartadas y el sistema de transporte terrestre es precario cuando se trata de evacuar un paciente, siendo el servicio de traslado aéreo medicalizado la mejor solución para la preservación de la vida humana. En Colombia, la mayoría de los traslados de pacientes es ejecutada por las Fuerzas Militares y aerolíneas comerciales.

Este medio de transporte aéreo ha mostrado tener un impacto altamente positivo ya que garantiza la rapidez del traslado de pacientes en estado de salud crítico y su acceso a servicios de salud en hospitales con capacidad de resolver de manera integral y definitiva sus problemas de salud. La vía aérea es un medio costoso que se convierte en un limitante importante al decidir su uso tanto por el asegurador, la familia y el paciente. Este medio de transporte aéreo medicalizado es una alternativa más, que no pretende extinguir ni reemplazar el transporte terrestre que cumple la misma función, por el contrario, surge como un apoyo en la pronta atención que se pueda brindar a quien lo

necesite de manera más eficiente cuando este sea requerido dependiendo de su estado de salud.

La ley 1151 de 2007, expidió el plan nacional de desarrollo 2006-2010, en el cual se mencionaron los principales programas de inversión, entre los cuales está el sistema de protección social con el que se pretendió de acuerdo al numeral 3.3.1 de dicha resolución mejorar la accesibilidad a servicios de salud y la capacidad de respuesta del estado a las emergencias y desastres, desarrollar un sistema integral de transporte aéreo medicalizado como parte de la estrategia nacional del mejoramiento y garantía de accesibilidad a los servicios de salud de todos los colombianos que se encuentran en el territorio nacional.

Con la expedición del Plan Nacional de Desarrollo, el Ministerio de la Protección Social asignó a la Federación Nacional de Municipios como entidad de carácter privado para administrar los recursos asignados para tal fin, quien realizó licitación y asignó el desarrollo del Sistema, que fue desmontado un año después, por ser declarada la norma que lo creaba inexecutable por la Corte Constitucional .

Como ya se ha planteado, este medio de transporte no reemplaza en ningún momento el transporte médico terrestre; más bien debe considerarse como un eslabón importante en la cadena de atención para garantizar una adecuada y pronta atención del paciente críticamente enfermo. Las emergencias son los principales motivos de referencias de pacientes en aquellos casos que la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud es limitada, en tal circunstancia, es necesario el traslado de los pacientes a otro establecimiento de salud de mayor complejidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la atención de manera inmediata y efectiva en resguardo de la vida de la persona. El transporte, como medio para la referencia, es un recurso importante de soporte del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

En este contexto, el Ministerio de la Protección Social y su rol rector, normatiza y regula el transporte, garantizando la cobertura y la calidad de la atención durante el traslado.

Métodos

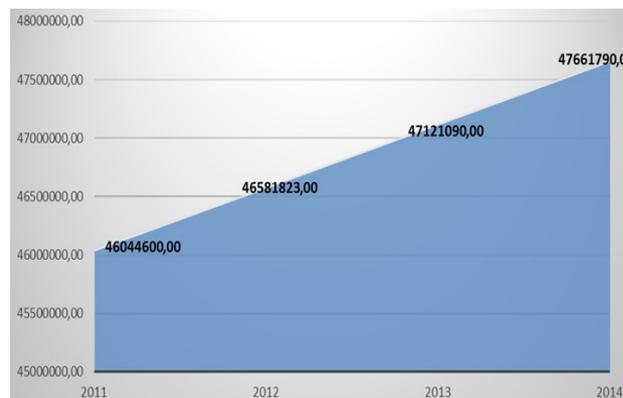
El objetivo de esta revisión fue indagar y dar respuesta a partir de diferentes fuentes secundarias de información, tales como Scielo y PubMed, además de los ciber sitios del Ministerio de la Protección social, la OPS, la OMS y el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y otros, a la siguiente pregunta: ¿el transporte aéreo medicalizado puede ser una garantía de acceso a los servicios de salud en la población Colombiana? Para ello, se inició la búsqueda de información tomando como categorías de búsqueda principales: 1) **datos demográficos**: tales como; total de la población en los últimos 3 años en el país, total de la población de los departamentos considerados zonas dispersas, como Amazonas, Caquetá, Choco, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés, Vichada, San Andrés, Cesar, La Guajira, Casanare, Arauca y Meta, población privada de la libertad en ese mismo periodo de tiempo. 2) **Aseguramiento en salud**: aseguramiento total en salud de la población Colombiana para los años 2011, 2012 y 2013 por régimen, aseguramiento en salud de la población de las zonas dispersas de Colombia, para los años 2011, 2012 y 2013 por régimen. 3) **Unidad de pago por capitación UPC**: evolución de la UPC en pesos corrientes para Colombia, 2011 – 2015, evolución de la UPC nominal en pesos corrientes para zonas dispersas en Colombia, 2011 – 2015. 3) **Traslado de pacientes** 4) **Normatividad vigente en materia de transporte aéreo de pacientes** 5) **Capacidad resolutive** y 6) **Red de atención hospitalaria**. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: Sistema de seguridad social en salud, aseguramiento, % de aseguramiento, UPC- C, UPC-S, población reclusa y salud, accesibilidad en salud de la población reclusa, accesibilidad a servicios

de salud, transporte de pacientes, transporte aéreo de pacientes. Los criterios definidos para la selección del material bibliográfico fueron los siguientes: 1) que se tratara de artículos publicados en revistas indexadas o en libros, trabajos de grado e información oficial de organismos nacionales o internacionales que se han ocupado del tema, documentos del marco legal y normativo para la atención en salud en Colombia. Con la información recolectada se construyeron tablas y se realizó el análisis respectivo de la información.

Resultados

Población: Colombia es caracterizada por ser el tercer país más poblado en Latinoamérica, después de México y Brasil. La dinámica de la población colombiana en el periodo 2011 – 2014, como puede verse en el gráfico 1 y según datos del DANE, ha sido creciente; durante este periodo de tiempo, la población aumentó 1.617.190 habitantes (Gráfico 1).

Gráfico 1. Población total Colombia, 2011- 2014.



Si bien la ley 1122 de 2007 expedida por el Ministerio de la Protección social, habla de que los departamentos catalogados zonas dispersas en Colombia son Amazonas, Caquetá, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés y Vichada, sin embargo siempre se han reconocido 14 regiones sumando a los anteriores mencionados San Andrés, Choco, Cesar, La Guajira, Casanare, Arauca y Meta y la zona especial de Urabá, en estos

departamentos al igual que en el resto del país, el dato poblacional ha sido ascendente, como puede verse en la tabla 1.

Tabla 1.

Población Colombiana privada de la libertad, 2011 – 2013.

Año	Población privada de la libertad
2011	100,451
2012	113,884
2013	120,032

Fuente: "INPEC, Ministerio de Justicia y del Derecho. Informe Situación Penitenciaria 1993-2012". Bogotá. 2012

Históricamente, la población reclusa en Colombia ha crecido en mayor proporción que su propio índice demográfico. Lo que para 1993 eran 80 internos por cada 100 mil habitantes, hoy en día son aproximadamente 235. De acuerdo al Centro Internacional para Estudios Penitenciarios, esta tasa convierte a Colombia en el 5º país sudamericano con mayor población carcelaria; teniendo a Guyana Francesa en el primer lugar con 289 internos por cada 100 mil habitantes. Por otro lado, Colombia es el 15º país en el mundo con mayor población carcelaria total. Esta posición ubica a Colombia no muy por debajo de países como Estados Unidos y China, los cuales se encuentran en los dos primeros puestos de la lista, y cuyas poblaciones generales son seis e incluso treinta veces superiores a la colombiana.

Durante el periodo comprendido entre diciembre de 1993 y diciembre de 2011, la población de internos intramuros en Colombia pasó de 29.114 a 100.451, con un incremento de 71.7337 personas, durante el periodo comprendido entre 2011 y 2013, la población de reclusos aumentó 19.581 personas (Tabla 1). Las personas presas son particularmente vulnerables frente a enfermedades y las condiciones de vida generadas por el hacinamiento aumentan sus niveles de vulnerabilidad. La vida en prisión es, a su vez, un factor de riesgo sobre el disfrute de la salud. Las personas que llegan a la prisión

suelen tener problemas de salud preexistentes. El tratamiento de estos problemas de salud preexistentes y los que puedan surgir durante su cautiverio es responsabilidad de las autoridades. La decisión de privar la libertad a una persona acarrea la responsabilidad de velar especialmente por el respeto y la protección de sus derechos, inclusive el derecho a la salud.

La Corte Constitucional ha considerado que la salud es un factor constante de vulneración de los derechos fundamentales de las personas privadas de la libertad y una faceta más del estado de cosas inconstitucional de los establecimientos de reclusión del país, por ello ordenó al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario –INPEC– en coordinación con los Ministerios de Hacienda, Salud (hoy Protección Social) y de Justicia (hoy del Interior y de Justicia) y con el Departamento Nacional de Planeación "constituir o convenir un sistema de seguridad social en salud, bajo la modalidad subsidiada que cubra la totalidad de los centros de reclusión del país, para detenidos y condenados.

Aseguramiento en salud en Colombia: Uno de los retos más importantes de los sistemas de salud en el mundo es lograr la cobertura universal. Para Colombia esto significa, entre otros retos, aumentar el aseguramiento en el régimen contributivo mediante la formalización del empleo, y por otro lado, garantizar la financiación del régimen subsidiado con el aumento de los recursos públicos para este propósito. La ley 1122 de 2007, definió 14 departamentos como zonas del país con población dispersa y que por sus características especiales deben tener un tratamiento excepcional en el marco del sistema general de seguridad social en salud, para garantizar el acceso de la población a los servicios de salud, fortaleciendo el aseguramiento. Según datos de aseguramiento encontrados; estas son las cifras en lo que respecta a los años 2011, 2012 y 2013 (Tabla 2). En las zonas dispersas, la población afiliada al SGSSS fue



la siguiente para los años 2011, 2012, y 2013 (Tabla 3), mostrando como los departamentos de Guainía y Vichada, su población total se encuentra afiliada, especialmente en el régimen subsidiado. Por su parte, se puede ver también como de estos departamentos, los que más proporción de afiliados al régimen contributivo tienen son los departamentos de Amazonas, Caquetá y Putumayo para el caso del 2013.

El eje del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS en Colombia es el Plan Obligatorio de Salud -POS, que corresponde al paquete de servicios básicos en las áreas de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y cubrimiento de ingresos de manera transitoria -prestaciones económicas- cuando se presenta incapacidad de trabajar por enfermedad, accidentes o por maternidad.

Tabla 2.

Aseguramiento total en salud de la población Colombiana, para años 2011, 2012 y 2013.

Año	% De afiliación régimen contributivo *	% De afiliación régimen subsidiado**	% Total de afiliación ***	% De población no afiliada ****
2011	42,61%	48,26%	91,67%	8,33%
2012	42,84%	48,53%	92,21%	7,79%
2013	42,76%	48,11%	91,69%	8,31%

* Definición Porcentaje de Población afiliada al régimen contributivo: Es el porcentaje de la población colombiana afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el régimen contributivo.

** Definición Porcentaje de Población afiliada al régimen subsidiado: Es el porcentaje de la población colombiana afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el régimen subsidiado.

*** Definición Porcentaje de Población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): Es el porcentaje de la población colombiana afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud

Tabla 3.

Aseguramiento en salud de la población de las zonas dispersas de Colombia, para los años 2011, 2012 y 2013.

Departamento	% De afiliación régimen contributivo *			% De afiliación régimen subsidiado **			% De afiliación ***			% De población no afiliada ****		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Amazonas	16.9%	17.1%	16.7%	69.3%	71.1%	70.1%	87.9%	90.0%	88.6%	12.1%	10.0%	11.4%
Caquetá	14.8%	14.6%	14.3%	62.9%	63.6%	63.8%	79.1%	79.6%	79.5%	20.9%	20.4%	20.5%
Choco	9.5%	10.3%	9.8%	78.1%	82.0%	80.9%	88.8%	93.4%	91.8%	11.2%	6.6%	8.2%
Guainía	9.6%	9.1%	9.4%	96.7%	90.6%	92.1%	107.7%	101.2%	103.1%	-	-	-
Guaviare	10.9%	10.6%	10.9%	62.9%	59.7%	57.3%	75.2%	71.5%	69.3%	24.8%	28.5%	30.7%
Putumayo	12.8%	12.6%	12.8%	77.8%	78.5%	72.6%	92.1%	92.6%	86.8%	7.9%	7.4%	13.2%
Vaupés	5.8%	6.1%	6.1%	57.8%	62.1%	63.0%	65.8%	70.6%	71.6%	34.2%	29.4%	28.4%
Vichada	7.7%	8.0%	8.6%	63.0%	104.4%	104.2%	114.6%	113.1%	113.7%	-	-	-
San Andrés	40.5%	45.9%	47.9%	30.5%	28.5%	27.0%	72.7%	75.1%	75.5%	27.3%	24.9%	24.5%
Cesar	30.2%	30.3%	29.8%	79.8%	80.9%	79.9%	110.8%	111.8%	110.2%	-	-	-
La Guajira	18.0%	17.6%	16.1%	73.1%	78.2%	76.4%	91.5%	96.1%	92.8%	8.5%	3.9%	7.2%
Casanare	38.9%	39.7%	41.0%	61.6%	61.4%	58.1%	101.6%	102.2%	100.2%	-	-	-
Arauca	14.2%	14.0%	14.3%	70.5%	70.7%	71.9%	86.2%	86.1%	87.6%	13.8%	13.9%	12.4%
Meta	42.8%	43.3%	43.1%	42.8%	43.5%	43.9%	86.0%	87.7%	87.9%	14.0%	12.3%	12.1%

Fuente: Construcción propia con datos del Ministerio de la Protección Social en Salud.

En Colombia, el Plan Obligatorio de Salud Contributivo POS-C ha sido más amplio que el POS-S desde su definición en el año 1994. Sin embargo mandatos legales y jurisprudenciales, como los generados a partir de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, han ordenado la unificación de ambos planes. Y, aunque desde julio de 2012 se encuentra vigente la unificación de los planes de beneficios tanto del régimen contributivo como subsidiado, persisten las dudas acerca de su sostenibilidad financiera, ya que si bien se cuentan con los mismos beneficios, la UPC continua siendo diferencial. El decreto 5521 de 2013, por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). Especialmente lo relacionado con el título V, transporte o traslado de pacientes, el Plan Obligatorio de Salud cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada), especialmente en la movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles.

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el medio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Con relación a la población reclusa en el país, CAPRECOM suscribió Contrato de Aseguramiento con el INPEC, encontrándose dentro de sus obligaciones el aseguramiento y la prestación del servicio de salud en los establecimientos penitenciarios y carcelarios, la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población reclusa se realiza al Régimen Subsidiado mediante subsidio total. Dentro del territorio Colombiano, tiene a su cargo el aseguramiento de 143 establecimientos penitenciarios de alta y mediana seguridad carcelaria, algunos de ellos también ubicados en aquellas zonas

denominadas de dispersión geográfica y con una población interna 3.499.224 a 2014, según la Base Única de Afiliados-BDUA-.

Unidad de pago por capitación: La Unidad de pago por capitación (UPC) es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS), en los regímenes contributivo y subsidiado. La Unidad de Pago por Capitación (UPC) es el pago que realiza el FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía) a las EPS por cada afiliado o beneficiario, para que éstos reciban los servicios de salud determinados en el Plan Obligatorio de Salud (POS). El valor de la UPC indica el gasto per cápita para los afiliados al sistema, y por tanto allí pueden verse reflejados fenómenos que presionan a un mayor gasto, como el envejecimiento de la población y la adopción de nuevas tecnologías. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) estableció los valores de la UPC del período 1994-2008. Durante el período 2009-2012 esta responsabilidad pasó a la Comisión de Regulación en Salud CRES (en liquidación). En la actualidad esta responsabilidad recae en el Ministerio de Salud y Protección Social. La UPC-Subsidiada, UPC-S, es el valor reconocido para cubrir el POS subsidiado y también es referida como UPC plena o subsidio pleno (Tabla 4)

Las UPC tanto del régimen contributivo UPC-C como del régimen subsidiado UPC-S se ajustan de acuerdo con los ponderadores de edad, sexo y localización geográfica, los cuales son determinados por el Ministerio de Salud. La UPC-adicional es una prima o valor adicional reconocido por la CRES a diversas zonas geográficas por concepto de dispersión geográfica. Es decir, un valor aplicable para las áreas de algunos departamentos en los cuales hay una menor densidad poblacional, que a su vez puede representar un mayor gasto por los

sobrecostos de atención en salud derivados entre otros del transporte de pacientes (Tabla 5).

Instituciones prestadoras de servicios de salud y red de atención: Las IPS son aquellas entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y se encuentran habilitadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Según datos de la Superintendencia de Salud, en el país existen 103 entidades aseguradoras y administradoras de Planes de Beneficios y 19.917 prestadores de servicios de salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2010, define las redes integradas de servicios de salud como la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo con sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud". Desde el punto de vista normativo, en el artículo 60 de la ley 1438 de 2011, se definen las redes integradas de servicios de salud, como "el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivo, más eficientes, equitativos, integrales, continuos, a una población definida, dispuesta conforme a la demanda". Pareciera existir una discrepancia entre lo promulgado en la Ley y lo que se evidencia en la realidad, en la actualidad los usuarios de los servicios de salud en el país son tratados de forma fragmentada; entre las principales causas de esta situación por mencionar se encuentran las dificultades de acceso, a la multiplicidad de instituciones pagadoras y el mal flujo de recursos; hay trabas jurídicas y administrativas, como autorizaciones previas y agendas que impiden integralidad y continuidad en los servicios. No existe coordinación entre los actores del sistema, hay incomunicación entre los niveles de atención, y falta co-gestión del riesgo entre aseguradores, prestadores, entes territoriales, sector público y/o privado: cada uno tira para su lado y la

evidencia es la duplicación de servicios y de infraestructura" En la declaratoria de la cumbre de secretarios de salud departamentales, realizada en la ciudad de Pereira (Colombia) en marzo de 2012, los participantes manifestaron su desacuerdo con sus contenidos, pues sostienen que "va en contravía de lo estipulado en las Leyes 715, 1122 y 1438, dado que desconoce la autoridad sanitaria de los entes territoriales". En la misma declaratoria, propone que las RISS deben ser la forma organizada de prestar la atención en Salud, con base en las necesidades de la población y regulada por la Autoridad Sanitaria Regional, con el objetivo de disminuir la fragmentación en la prestación de servicios de Salud. En cuanto a la capacidad resolutive hospitalaria, se ha evidenciado baja capacidad resolutive de las instituciones de baja y media complejidad, con factores asociados a la deficiente actualización del recurso humano, las condiciones de la infraestructura y la forma en que se determina e incorpora la tecnología en las instituciones prestadoras de servicios de salud. De acuerdo con la dotación y capacidad para atender a sus pacientes, todos los hospitales se dividen en tres niveles diferentes.

Primer nivel, incluyendo puestos y centros de salud. A este nivel pertenecen los hospitales locales donde se brinda una atención básica. Solo cuentan con médicos generales para la atención de consultas y no hacen procedimientos quirúrgicos. Eventualmente, prestan servicio de odontología general; el segundo nivel Son llamados hospitales regionales, estos hospitales están mejor dotados. Tienen mínimo cuatro especialistas: anestesiólogo, cirujano, ginecólogo y de medicina interna. Además, cuentan con laboratorio médico con capacidad para practicar los exámenes básicos de sangre, orina y materia fecal; el tercer nivel Son llamados hospitales de referencia o altamente especializados, a ellos llegan los pacientes remitidos de los hospitales regionales, estos hospitales tienen gran número de especialistas:

cardiólogos, dermatólogos, siquiátras, neurólogos y nefrólogos, entre otros.

En la tabla 10, se puede ver la capacidad resolutoria y la red de prestación de los hospitales departamentales en las zonas dispersas, en esta se puede ver como ninguno de estos departamentos cuenta dentro de su red de atención, hospitales de tercer nivel de atención, lo que hace mucho más válido el planteamiento del transporte aéreo como garantía al acceso de los servicios de salud.

Traslado de pacientes: El transporte de pacientes a bordo de ambulancias es un acto médico, que implica todas las condiciones legales, humanas y éticas correspondientes. El Ministerio de Protección Social, promovió la creación de Centros Reguladores de Urgencias (CRU) como estructuras locales para direccionar Sistemas de Emergencias Médicas (SEM). En Bogotá se conformó el CRU en 1996 y se inició el programa de atención prehospitalaria (APH) en 1997. El CRU actualmente brinda la APH solicitada por la línea 125 y envía una ambulancia tripulada por conductor y médico, para el caso de Medellín, los sistemas prehospitalarios están adscritos a la Secretaría de Salud a través de la línea 123. En Colombia se cuenta con un servicio que hasta ahora es desconocido por muchos y que a su vez es un derecho de todos, el cual consiste en ser trasladados de un lugar donde las condiciones de salud no sean óptimas a otro lugar en donde puedan ofrecer un mejor servicio cuando una persona se encuentre en un estado crítico y sea requerida una atención más compleja. En cuanto a lo relacionado con el parque automotor en Colombia se cuenta, con 2.523 ambulancias terrestres (no incluye ISS ni privadas), distribuidas en todo el territorio nacional. Su distribución por años de uso (modelo) es el siguiente. (Tabla 7) 105 ambulancias para transporte de pacientes por vía fluvial, con la siguiente distribución por modelo (Tabla 8). No se cuenta con registro de los servicios de ambulancias aéreas,

pero se sabe que eventualmente se presta en aerolíneas comerciales y por aeronaves de carácter privado. La distribución de ambulancias, según departamentos o zonas dispersas del país es la siguiente (Tabla 9); en esta tabla se puede identificar como la cobertura de este servicio en estos departamentos es muy precaria. Actualmente el servicio médico aéreo, ha teniendo un crecimiento en el ámbito mundial debido a que los diferentes entes controladores de los sistemas de salud han percibido que este es en parte la solución a muchos de los compromisos adquiridos con el servicio que quieren prestar a los ciudadanos y la manera correcta y oportuna de atender las diferentes enfermedades que están surgiendo del mismo desarrollo mundial y cuyo tratamiento es inapropiado en ciertos países. Una pregunta que surge es ¿qué tanto probable es el reconocimiento de este tipo de derechos a los usuarios por parte de las empresas administradoras de planes de beneficios en el país?

Normatividad colombiana para garantizar el derecho a la salud y el traslado de pacientes:

El derecho a la salud se encuentra amparado por los artículos 48 al 50 y el 64 de la Constitución Política de Colombia. Las normas por las cuales se garantiza el derecho a la salud de los colombianos están enmarcadas en la Ley 100 de 1993, que crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la Ley 1122 del 2007, en que se incluye en su artículo 14, literal M, a la población reclusa. Para su reglamentación, en el 2009 el gobierno nacional expidió el Decreto 1141 que ordena la afiliación de la población reclusa al régimen subsidiado en salud. La ley 1151 de 2007, expidió el plan nacional de desarrollo 2006-2010, en el cual se mencionaron los principales programas de inversión, entre los cuales está el sistema de protección social con el que se pretendió de acuerdo al numeral 3.3.1 de dicha resolución mejorar la accesibilidad a servicios de salud y la capacidad de respuesta del

estado a las emergencias y desastres. Durante los años 2014 y 2015, las resoluciones 5522 de 2013 y 5925 de 2014, definieron la UPC para ambos regímenes. Asimismo, hay una serie de sentencias proferidas por la Corte Constitucional en que se defiende el derecho a la salud de la población reclusa en los centros penitenciarios y que manifiestan el incumplimiento de la prestación de los servicios de salud a la población reclusa, a pesar de las normas existentes, que son las sentencias T-437/93, T-473/95, T-535/98, T-583/98, T-606/98, T-607/98, T-530/99, T-524/99, T-256/00, 1474/00 y T-233/01. Todas estas sentencias se han proferido para defender el derecho a la salud de esta población y la Sentencia T-760 de

2008 de la Corte Constitucional, la cual ordeno la unificación de los planes de beneficio en el país.

El decreto 5521 de 2013, por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). Especialmente lo relacionado con el título V, transporte o traslado de pacientes, el Plan Obligatorio de Salud cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada), especialmente en la movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles.

Tabla 4.

Evolución de la UPC nominal en pesos corrientes para Colombia. 2011 – 2015

Año	UPC -C *	UPC-S**
2011 (Acuerdo 19 de 2010)	505.627,00	302.040,00
2012 (Acuerdo 30 de 2011)	547.639,00	352.339,80
2013 (Resolución 4480 de 2012)	568.944,00	508.993,20
2014 (Resolución 5522 de 2013)	593.978,40	531.388,80
2015 (Resolución 5925 de 2014)	629.974,80	563.590,80

* Definición UPC régimen contributivo: Prima de aseguramiento correspondiente a un plan de seguros cuya cobertura está determinada por el POS Contributivo.

** Definición UPC régimen subsidiado: Prima de aseguramiento correspondiente a un plan de seguros cuya cobertura está determinada por el POS Subsidiado.

Tabla 5.

Evolución de la UPC nominal en pesos corrientes para zonas dispersas en Colombia. 2011 – 2015.

Año	UPC -C *	UPC-S**
2011 (Acuerdo 19 de 2010)	556.189,20	336.682,80
2012 (Acuerdo 30 de 2011)	602.402,40	392.752,80
2013 (Resolución 4480 de 2012)	625.838,40	567.374,40
2014 (Resolución 5522 de 2013)	653.374,80	592.340,40
2015 (Resolución 5925 de 2014)	692.971,20	647.330,40

* Definición UPC régimen contributivo: Prima de aseguramiento correspondiente a un plan de seguros cuya cobertura está determinada por el POS Contributivo.

** Definición UPC régimen subsidiado: Prima de aseguramiento correspondiente a un plan de seguros cuya cobertura está determinada por el POS Subsidiado.

**Tabla 6.**

Ambulancias terrestres, Colombia

<i>Años de uso</i>	<i>Cantidad</i>
> a 20 años	98
De 15 a 20 años	492
De 10 a 15 años	388
De 5 a 10 años	968
> a 5 años	540
Sin dato	37
Total	2523

Tabla 7.

Ambulancias fluviales, Colombia

<i>Años de uso</i>	<i>Cantidad</i>
> a 20 años	4
De 15 a 20 años	2
De 10 a 15 años	4
De 5 a 10 años	56
> a 5 años	28
Sin dato	11
Total	105

Tabla 8.

Distribución de ambulancias según campo de acción, zonas dispersas de Colombia.

<i>Ambulancias según campo de acción</i>				
<i>Departamento</i>	<i>Terrestres</i>	<i>Acuáticas</i>	<i>Aéreas</i>	<i>Total</i>
Amazonas	3	6	0	9
Caquetá	15	3	0	18
Choco	0	0	0	0
Guainía	3	1	0	4
Guaviare	6	5	0	11
Putumayo	20	0	0	20
Vaupés	2	3	0	5
Vichada	0	0	0	0
San Andrés	5	0	0	5
Cesar	43	5	0	48
La Guajira	20	0	0	20
Casanare	25	0	0	25
Arauca	15	2	0	17
Meta	0	0	0	0

Tabla 9.

Red hospitalaria en zonas dispersas de Colombia

<i>Región</i>	<i>Capacidad resolutive de las IPS</i>					
<i>Hospitales de media y alta complejidad en los departamentos dispersos</i>						
<i>Items</i>	<i>Nivel de atención</i>	<i># Prestadores por nivel</i>	<i># Sedes</i>	<i># Servicios</i>	<i># Camas</i>	<i># Salas</i>
Amazonas	Nivel I	0	0	0	0	0
	Nivel II	1	11	271	79	6
	Nivel III	0	0	0	0	0
Caquetá	Nivel I	6	61	630	176	15
	Nivel II	1	5	148	184	8
	Nivel III	0	0	0	0	0



<i>Región</i>	<i>Capacidad resolutive de las IPS</i>					
<i>Hospitales de media y alta complejidad en los departamentos dispersos</i>						
<i>Items</i>	<i>Nivel de atención</i>	<i># Prestadores por nivel</i>	<i># Sedes</i>	<i># Servicios</i>	<i># Camas</i>	<i># Salas</i>
Guainía	Nivel I	0	0	0	0	0
	Nivel II	1	3	114	58	6
	Nivel III	0	0	0	0	0
Guaviare	Nivel I	1	12	172	25	3
	Nivel II	1	1	44	78	3
	Nivel III	0	0	0	0	0
Putumayo	Nivel I	9	31	467	160	13
	Nivel II	3	23	369	186	7
	Nivel III	0	0	0	0	0
Vaupés	Nivel I	0	0	0	0	0
	Nivel II	1	3	86	14	4
	Nivel III	0	0	0	0	0
Vichada	Nivel I	2	13	245	63	4
	Nivel II	1	6	113	21	4
	Nivel III	0	0	0	0	0
San Andrés	Nivel I	0	0	0	0	0
	Nivel II	0	0	0	0	0
	Nivel III	0	0	0	0	0
Choco	Nivel I	5	38	405	77	5
	Nivel II	1	2	41	157	5
	Nivel III	0	0	0	0	0
Cesar	Nivel I	26	138	1753	575	37
	Nivel II	4	9	225	391	18
	Nivel III	1	1	1	0	0
La Guajira	Nivel I	44	118	1848	185	22
	Nivel II	3	33	538	226	10
	Nivel III	0	0	0	0	0
Casanare	Nivel I	5	27	590	148	18
	Nivel II	1	2	66	186	5
	Nivel III	0	0	0	0	0
Arauca	Nivel I	4	47	584	91	7
	Nivel II	2	10	144	266	10
	Nivel III	0	0	0	0	0
Meta	Nivel I	13	55	1018	377	30
	Nivel II	2	2	138	405	12
	Nivel III	0	0	0	0	0

Discusión

Idealmente, las sociedades deberían disponer de mecanismos suficientes y adecuados para garantizar servicios de salud a toda la población de manera integral y con calidad, oportunidad, transparencia y efectividad, de forma permanente, teniendo en cuenta que la salud es un bien público que no debe estar sujeto a ninguna condición política, económica o social. Es así como la ausencia de un transporte o traslado de un paciente de forma apropiada, a la atención especializada que requiera de acuerdo a su complejidad, puede convertirse en un obstáculo para el acceso al derecho fundamental a la salud.

Respecto a la suficiencia de la salud (IPS, UPC, POS) contrastado con la necesidad de la población del mismo, puede notarse y según datos hallados, algunos esfuerzos del Ministerio de la Protección Social, en el fortalecimiento de la accesibilidad, sin dejar de anotar que aún no es suficiente. En Colombia es muy común que las opciones para la recuperación de la salud de la población, dependan básicamente de dos situaciones; uno, si cuenta con la capacidad económica para resolver su situación y en este aspecto, si se traslada hasta el lugar donde recibirá la atención médica especializada que requiere, a través de un vuelo comercial o transporte terrestre medicalizado y la segunda situación es a través de la solicitud del servicio por medio una tutela, situaciones de manifiesta inequidad, debido al uso y distribución no efectivo de recursos y falta de oportunidad en el acceso a los servicios.

Sumado a esto la mayoría de las compañías aéreas comerciales rechazan el traslado de pacientes, bien sea, por la gravedad en su estado de salud o por tratarse de un recluso por la observancia de los protocolos de seguridad que se deben de tener y que por competencia se encuentran a cargo del INPEC (Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario), en este sentido, resulta entonces cuestionable la falta

de voluntad política del Gobierno frente al tema, si se tiene en cuenta que 13,5 millones de Colombianos están alejados de servicios de tercer nivel y con grandes dificultades de acceso a la red.

El transporte aeromédico no está exento de controversias, por ello se han planteado cuestionamientos acerca de la seguridad, de los costos financieros, del uso apropiado del transporte médico aéreo, etc., que han condicionado retrasos de nuevos programas, no solo en Colombia, sino en otros países. La investigación realizada sobre el transporte médico aéreo, hasta el momento, no es suficiente, por ello son necesarios más estudios sobre dicho transporte, para asegurar que los pacientes de cualquier régimen reclamen y hagan efectivo el traslado cuando sea necesario.

Conclusión

Dentro de las ventajas más sentidas de un servicio como el servicio aéreo medicalizado, es la flexibilidad en la capacidad instalada y la optimización de la red hospitalaria y de urgencias del país, volviendo oportuno y eficiente el proceso de referencia y contrarreferencia especialmente en las regiones apartadas, otra ventaja a resaltar al defender el traslado aéreo como un garantía en salud, es el crear conciencia en la percepción de seguridad clínica, en cuanto este mecanismo podría ayudar en gran manera a evitar muertes prevenibles y disminución de la morbimortalidad por una adecuada atención, rápida y oportuna.

Se hace necesario también y con el fin de evitar el monopolio, que la norma sea clara al exigir ciertos requisitos a las empresas certificadas en este tipo de actividad aérea, garantizando no solo calidad, oportunidad y seguridad, sino por ejemplo capacidad de actuar en un país en conflicto dentro los lineamientos.

Referencias

- Guías de atención prehospitalaria, transporte aéreo de pacientes [Internet]. [Acceso 11 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/guias-med/guiahospitalaria/transporteaereodepacientes/>
- Rega – Schweizerische Rettungsflugwacht Rega – Alarmnummer 1414 [Internet]. [citado 14 de abril de 2014]. Disponible en : <http://www.rega.ch/>
- Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos [Internet]. [Acceso 10 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>
- Varon J, Wenker OC, From RE. Aeromedical transport: Facts and fiction. The internet journal of emergency and intensive. Care Medicine 1997; 1(1).
- González, F; y Chávez, E. (2001). Transporte Aeromédico: Ficción y realidad. Revista Trauma, 4, (2), 70-76. [Internet] [Acceso 20 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2001/tm012f.pdf>
- Colombia. Congreso de la República. Ley 1151 de 2001, julio 24, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010. Diario oficial, 46700 (Julio 25, 2007)
- Romero, H, Contreras, E. Transporte aeromédico de pacientes. revista de estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander “medicas UIS” 21, (2); 94-102. [Internet]. [Acceso 20 noviembre de 2014]. Disponible en: <http://medicasuis.org/anteriores/volumen21.2/doc6.pdf>
- Chacón I. Contexto Penitenciario Colombiano. 2.^a ed. Bogotá: Ediciones Jurídicas Andrés Morales; 2005. Págs. 4-35.
- Colombia. Defensoría del Pueblo. Informe sobre prestación de Servicios de Salud en Centros Penitenciarios y Carcelarios de Colombia, 2005. [Internet] [Acceso 4 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.defensoria.org.co/pdf/informes/informe_120.pdf
- Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007, enero 9, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: el Congreso; 2007.
- Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993, diciembre 23, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1993
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-760 de 2008, Julio 31, Unificación del Plan Obligatorio de Salud POS. La Corte; 2008
- Colombia. Ministerio de Salud. Decreto 5521 de 2013, diciembre 27, por el cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). Diario oficial, 49019 (Diciembre 27 2013)
- Restrepo JH, Mejía AE. La unidad de pago por capitación del sistema general de seguridad social en salud 1966 - 2006. Vía salud: gestión, calidad y logros 2006; 5: 14-20.
- Superintendencia Nacional de Salud SNS (2010). Estudio IPS públicas corte a 31 de diciembre de 2009.



Colombia. Asamblea Nacional Constituyente de la República de Colombia. Constitución Política de Colombia de 1991, julio 4, por el cual se proclama la Constitución Política de Colombia. Bogotá: La Asamblea; 1991.

Colombia. Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia. Decreto 1141 de 2009, abril 1, por el cual se reglamenta la afiliación de la población reclusa al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: el Ministerio; 2009.

Colombia. Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia. Resolución 5522 de 2013, diciembre 27, por medio de la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación UPC para el 2014 y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio; 2013.

Colombia. Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia. Resolución 5925 de 2014, diciembre 23, por medio de la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación UPC para el 2015 y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio; 2014.

Forma de citar: Páez, P., Tabares, D., Vergara C. (2015). El transporte aéreo medicalizado como una garantía para el acceso a los servicios de salud en Colombia. *Rev. CES Derecho*, 6(1), 123-136.

