


	GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS					  	
	CARTA DE AUTORIZACIÓN						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-06	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	1 de 1

Neiva, 14 de Diciembre de 2015

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad





El suscrito:

Karenth Julieth Aguirre Herrera, con C.C. No. 1075.214.031 de Neiva, autor de la tesis y/o trabajo de grado titulado: Análisis del sistema de seguridad social en salud en Colombia (2004-2014), presentado y aprobado en el año 2015 como requisito para optar al título de: Administradora de Empresas; autorizo al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

EL AUTOR/ESTUDIANTE:
Firma: 

	GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS						  
	DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	1 de 3

TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Análisis del sistema de seguridad social en salud en Colombia (periodo 2004-2014)

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Aguirre Herrera	Karenth Julieth

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Ramírez Castrillón	Cristian

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Administradora De Empresas





FACULTAD: Economía Y Administración

PROGRAMA O POSGRADO: Administración De Empresas

CIUDAD: Neiva

AÑO DE PRESENTACIÓN: 2015

NÚMERO DE PÁGINAS: 112

	GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS						 ISO 9001 Icontec SC 7384-1	 GP 205-1	 CERTIFIED I-Net MANAGEMENT SYSTEM CO-SC 7384-1
	DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO								
CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	2 de 3		

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Diagramas___ Fotografías___ Grabaciones en discos___ Ilustraciones en general___
Grabados___ Láminas___ Litografías___ Mapas___ Música impresa___ Planos___
Retratos___ Sin ilustraciones___ Tablas o Cuadros X

SOFTWARE REQUERIDO Y/O ESPECIALIZADO PARA LA LECTURA DEL DOCUMENTO: Microsoft Word 2010

MATERIAL ANEXO: Ninguno

PREMIO O DISTINCIÓN (En caso de ser LAUREADAS o Meritoria):

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

<u>Español</u>	<u>Inglés</u>	<u>Español</u>	<u>Inglés</u>
1. Salud	Healthcare	6. E.P.S	E.p.s
2. Tutela	Trusteeship	7. Evolución	Evolution
3. Seguridad social	Social Security	8. Análisis	Analysis
4. Reforma	Reform	9. Cobertura	Coverage
5. Sistema de salud	Health System	10. Calidad	Quality

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

El régimen de salud de nuestro país ha soportado diversos cambios desde su creación: el paso del modelo asistencialista, público y centralizado a un sistema general de seguridad social en salud que mostró cambios en la administración y servicios; teniendo en cuenta que siempre se ha buscado modificaciones al sistema que permitan el mejoramiento de este derecho pero sobre todo la corrección de las fallas previamente identificadas (como las de financiación, cobertura, calidad, límites a los precios de las farmacéuticas o la posibilidad de la reinversión de capital en otros sectores) pero que no siempre la motivación de las políticas públicas o el cuerpo normativo para subsanar los problemas han resuelto con eficacia.

Además se trata de comprender como ha evolucionado la salud en nuestro país, y para ello se debe aceptar que los diferentes ciclos deben considerarse en su contexto social, político y económico.

El propósito del presente documento es explorar y analizar las medidas adoptadas, los cambios y oportunidades generados a partir de las reformas, igualmente se realiza un



GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS

DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO



CÓDIGO

AP-BIB-FO-07

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

3 de 3

acercamiento a los impactos generados al sistema vigente y así conocer su historia, ubicarnos en el presente y visualizar el futuro, todo bajo un análisis de investigación descriptiva, donde se identificaron fuentes primarias de información y secundarias y donde se quiso a partir de las mismas aportar claridad del panorama de la salud colombiana .

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

The public health system of our country has supported several changes since its inception: the change from a welfare, public and centralized pattern to a security social health general system that show changes in the administration and services; keeping in mind that always has sought system modifications that enhance this social right but mostly the correction of the faults identified before (as the financing, quality, coverage, pharmaceutical price limits or the possibilities to reinvestment in other sectors) but not always the public political motivation or the normativity system to fix the problems, have solved it efficiently.

It also seeks to understand how the health has evolved in our country, for that it should accept that the different cycles must to be considered in a social, political and economic context

The purpose of this article is to explore and analyze the actions adopted, the changes and opportunities generated from these reforms, likewise implementing a close approach to the impacts generated in the existing system and in this way to know its background, locate us in the present, and to visualize the future, all of these under a descriptive research analysis, where were identified primary and secondary information sources and using these to clarify the health panorama in Colombia.

APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado: Julio Roberto Cano Barrera

Firma:

Nombre Jurado: Patricia Gutiérrez Prada

Firma:

Nombre Jurado: Germán Darío Hembuz Falla

Firma:

**ANALISIS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA
(PERIODO 2004-2014)**



**Universidad
Surcolombiana**

PROPONENTE:

KARENTH JULIETH AGUIRRE HERRERA

CÓDIGO: 2007270117

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

FACULTAD DE ECONOMIA Y ADMINISTRACION DE EMPRESAS

PROGRAMA DE ADMINISTRACION DE EMPRESAS

NEIVA-HUILA

DICIEMBRE DE 2015

ANALISIS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

(PERIODO 2004-2014)



PROPONENTE:

KARENTH JULIETH AGUIRRE HERRERA

CÓDIGO: 2007270117

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO

DE:

ADMINISTRADORA DE EMPRESAS

DIRECTOR:

CRISTIAN ARNOLDO RAMIREZ CASTRILLON

DOCENTE PROGRAMA DE ECONOMÍA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

FACULTAD DE ECONOMIA Y ADMINISTRACION DE EMPRESAS

PROGRAMA DE ADMINISTRACION DE EMPRESAS

NEIVA-HUILA

DICIEMBRE DE 2015

TABLA DE CONTENIDO	Pag
1. INTRODUCCIÓN	9
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
3. JUSTIFICACIÓN.....	15
3.1 Razón Profesional	17
3.2 Razón Social.....	18
4. OBJETIVOS.....	19
4.1 Objetivo General	19
4.2 Objetivos Específicos.....	19
5. METODOLOGIA DE INVESTIGACION	20
5.1 Postulados Teóricos	20
5.2 Análisis Documental	21
5.3 Descripción Del Proceso Metodológico.....	22
6. MARCO REFERENCIAL	24
6.1 Marco Teórico.....	24
6.2 Marco Contextual.....	34
6.3 Marco Legal	39
6.3.1 Ley 100 del 93 de 1993	39
6.3.2 La Ley 1122 de 2007	42
6.3.3 Ley 1438 de 2011	44
6.3.4 Sentencia C-463 de 2008.....	44
6.3.5 Sentencia T-760 de 2008	45
6.4 Concepto De Salud.....	51
6.5 Concepto Del Derecho A La Salud.....	52
6.6 Actores E Intermediarios Del Sistema	52
6.6.2 Objetivos, Principios Y Metas Del Sector Salud En Colombia	54
6.6.3 Conceptos Claves Del Sistema De Salud.	56
6.7 Los Problemas De La Salud Colombiana.	62
6.8 Motivaciones Sociales, Económicas Y Políticas Que Tuvo El Proyecto De Ley 100 Del 93.	64
6.9 Efectos Representativos De La Implementación De La Ley 100 Del 93.	65

6.9.1	Agentes de regulación del sistema.....	68
6.9.2	Temas financieros.....	69
7.	RESULTADOS.....	74
7.1	Características Y Evolución Del Sgsss Colombiano.	74
7.2	Crecimiento Del Sistema.....	74
7.2.1	Ampliación de cobertura.....	75
7.2.2	Mejoramiento de la Salud.....	77
7.2.3	Acceso al sistema.....	78
7.2.4	Cambios más representativos:	79
7.3	Crisis Del Crecimiento.....	81
7.3.1	Recurso humano	82
7.3.2	Gasto Médico – Tutelas:	84
7.3.3	Limitaciones Presupuestales	86
7.3.4	Barreras De Acceso A Los Servicios De Salud:.....	90
7.3.5	Inequidad En El Sistema:	92
7.3.6	Intereses privados y corrupción:.....	93
7.3.7	Regulación:	95
7.3.8	Debilidad En Control Y Vigilancia	96
8.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	98
8.1	Variables Para Mejoramiento Del Sector Salud.....	99
8.2	Problemas Técnicos U Operativos	99
8.3	Prestación – Aseguramiento.....	100
8.4	Calidad En Servicio De Salud.....	101
8.5	Financiamiento Y Sostenibilidad	101
8.6	Propuesta De Reforma En Salud – Congreso De La República	103
8.7	Consideraciones Finales.....	104
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	107

INDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 6-4 Compensación del RC (1996-2005).....	71
Figura 6-5 Gasto Total de Salud (2004-2011).	72
Figura 7-2 Histórico ejecución presupuestal 1990-2012.....	87
Figura 8-1 Fallas de los sistemas fácilmente identificables.	98

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 6-I Histórico de cobertura en afiliación al sector salud.....	26
Tabla 6-II participación de las tutelas sector salud (1999-2013).	29
Tabla 6-III Cambios externos e internos que han afectado al sistema.	31
Tabla 6-IV Cobertura de seguridad social 1990.....	62
Tabla 6-V Transferencias Para Salud.....	73
Tabla 7-I Histórico de cobertura en afiliación salud.....	76
Tabla 7-II Tecnologías incluidas en el pos.....	79
Tabla 7-III Cobertura frente a Inversión (1994-2000).	82
Tabla 7-IV Disponibilidad de recurso humano sector salud.....	83
Tabla 7-V Fuentes de recursos del SGSSS 2010-2013 (Millones de pesos constantes 2013=100)	89
Tabla 7-VI Problemáticas de la regulación en salud.....	96

SIGLAS

ACEMI	Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral.
ARP	Administradora de Riesgos Profesionales
ART	Artículo
BDAU	Base Única de Afiliados
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CTC	Comité Técnico Científico
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EPS	Entidad Promotora de Salud
ESE	Empresa Social del Estado
FESP	Funciones Esenciales de Salud Pública
FMI	Fondo Monetario Internacional
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantías
IPS	Institución Prestadora de Servicios
OMS	Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud
ONGs	Organizaciones no Gubernamentales
POS	Plan Obligatorio de Salud
PIB	Producto Interno Bruto
POS	Plan Obligatorio de Salud
RC	Régimen Contributivo
RS	Régimen Subsidiado
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud

SGP	Sistema General de Participaciones
SUPERSALUD	Superintendencia Nacional de salud
TIC	Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
UPC	Unidad de Pago por Capitación

1. INTRODUCCIÓN

El régimen de salud de nuestro país ha soportado diversos cambios desde su creación: el paso del modelo asistencialista, público y centralizado a un sistema general de seguridad social en salud que mostró cambios en la administración y servicios; teniendo en cuenta que siempre se ha buscado modificaciones al sistema que permitan el mejoramiento de este derecho pero sobre todo la corrección de las fallas previamente identificadas (como las de financiación, cobertura, calidad, límites a los precios de las farmacéuticas o la posibilidad de la reinversión de capital en otros sectores) pero que no siempre la motivación de las políticas públicas o el cuerpo normativo para subsanar los problemas han resuelto con eficacia.

Además se trata de comprender como ha evolucionado la salud en nuestro país, y para ello se debe aceptar que los diferentes ciclos deben considerarse en su contexto social, político y económico.

El propósito del presente documento es explorar y analizar las medidas adoptadas, los cambios y oportunidades generados a partir de las reformas, igualmente se realiza un acercamiento a los impactos generados al sistema vigente y así conocer su historia, ubicarnos en el presente y visualizar el futuro, todo bajo un análisis de investigación descriptiva, donde se identificaron fuentes primarias de información y secundarias y donde se quiso a partir de las mismas aportar claridad del panorama de la salud colombiana .

En el primer apartado se pueden identificar los actores que intervienen en el sistema y las relaciones que se establece entre ellos para poder comprender el papel que juega cada uno de ellos en el trascurso del documento. Seguidamente en el apartado dos se muestra el panorama del sector antes y después de la gran reforma de la ley 100 del 93, para determinar objetivamente una visión clara de los elementos específicos. El tercer apartado proporciona información de los principales problemas que afronta actualmente el sector con el fin de mostrar un panorama de los

que se vive a diario en Colombia como consecuencia de las fallas y errores cometidos en el transcurso de los años, sin un debido control y supervisión necesario para de esta manera poner así freno a esta crisis que tanto afecta a los ciudadanos. Y por último se muestran las posibles mejoras que ayudarían a estabilizar el sistema de salud Colombiano.

Se realizó recopilación de información de estudios previos, informes de investigación, debates del proyecto de ley, artículos periodísticos, investigaciones concluidas, tesis, documentos legales etc. Lectura preliminar de artículos con el fin de seleccionar los que se ajustaban a los intereses de la revisión teniendo como parámetros de inclusión aquellos artículos originales que incluyen las estrategias, los alcances, potencialidades y contrariedades del sistema de salud frente a las reformas. En ese proceso de inspección investigativa, de abordaje de la información primaria se hace necesario un análisis de contexto en las dimensiones económicas-financieras, sociales-demográficas y político-jurídicas.

A partir de lo anterior esta investigación busca mostrar la importancia de generar un análisis enfocado a los cambios en la evolución del régimen de salud en nuestro país y a su vez, reflejar un panorama actual de las diferentes variables que influyen en la estabilidad del sistema de salud y busca esbozar un panorama rápido a partir de los cambios normativos, teniendo como factor preponderante la identificación de los cambios en las estructuras del sistema a partir de las reformas. Todos los factores expuestos en el documento conducen a la construcción de un análisis holístico del sistema de salud con definiciones específicas y mejoras propias del sector.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta que Colombia atraviesa por una seria crisis en su sistema de salud y por lo tanto incumple lo establecido por su última carta constitucional, y con uno de sus más relevantes derechos como lo es la salud, es de trascendental importancia revisar el interior y los factores que constituyen el sistema para lograr establecer posibles soluciones o determinar salidas que permitan estabilizar situaciones que requieren oportunas decisiones. Es por eso que la crisis del sistema ha sido una preocupación del gobierno desde su existencia y se hace imperante conocer cómo ha evolucionado el Sistema General de Seguridad Social en Salud, pues existen una serie de dificultades de orden financiero, de precios de medicamentos, de cobertura, de posibilidades de reinvertir en otros sectores de la economía, de lentitud presupuestal, que han dificultado la prestación y que ponen en entre dicho a la salud como un derecho fundamental conexo al de la vida. Entre el año 2004 y el año 2014, 33 entidades fueron intervenidas por la Superintendencia de Salud, 15 de ellas son del régimen subsidiado, 8 EPS del régimen contributivo, 5 ESE y 2 clínicas privadas, según declaraciones del superintendente Gustavo Morales en entrevista concedida al diario El Tiempo el pasado 26 de agosto de 2014, situación compleja que ha puesto puntos cruciales a la vista y que ha llevado a considerar la propuesta de una reforma integral, a pesar de los avances adquiridos al obtener una cobertura del 96%, es de suma importancia tratar de subsanar aquellos puntos débiles que se han evidenciado en el sistema, que surgen desde su implementación, en especial en materia de eficiencia, calidad y sostenibilidad.

De esto se deriva una lista interminable problemas que acongojan al sistema, que hacen parte del día a día de los colombianos, y no es posible determinar un nivel de importancia de ellos, pues van entrelazados, logrando desestabilizar y poner en crisis la estructura del sistema

de salud como la que actualmente se padece. Sin embargo desde una perspectiva más de funcionalidad y del deber ser del sistema encontramos que entre las funciones más representativas del sistema se encuentra la prestación adecuada del servicio, generación de recursos, financiación y debida gestión, siempre enfocado a obtener la cobertura universal de la población.

La gran demanda de los servicios de salud aumenta progresiva y sostenidamente, pues es directamente proporcional al crecimiento poblacional, pero inversamente proporcional a la capacidad instalada, al nivel de absorción y atención de la población, esto como consecuencia de la insuficiencia del sistema para brindar mejor atención y acceso (infraestructura, especialidad en servicios clínicos, entre otros aspectos estructurales) y el escaso presupuesto destinado para este sector.

Este sistema de salud contiene un gran flujo de procesos para transformar los recursos y producir resultados convertidos en bienestar y atención, que se pueden identificar en este caso con el mejoramiento y calidad de vida de la población. Pero adicionalmente el flujo de recursos del sector salud presenta ciertas características especiales por la variedad de actores y agentes que intervienen en él, por ello existen diferentes niveles que permiten comprender el destino de todos aquellos recursos, esto hace que exista dentro del sistema una cierta complejidad en el traslado oportuno de fondos y cuentas, lo que genera traumas administrativos que se ven reflejados en la inoportuna prestación de los servicios de salud a la gran mayoría de colombianos.

Pero además, Los resultados en términos de calidad y satisfacción de usuarios son variados de acuerdo a la región, y según (Santa María M. , 2010), la reforma ha tenido un impacto negativo sobre la evolución del mercado laboral, dado el vínculo entre los costos de un empleo formal y la generalización del aseguramiento por vía del régimen subsidiado.

Pero las bondades de cobertura del sistema no siempre se traducen en calidad en la atención, por eso en vista de la realidad que atraviesa el país, el Congreso de la República en la actualidad tramita diferentes proyectos de ley que abordan diversos aspectos del Sistema y que tratan de dar soluciones a factores tales como problemas fiscales, atención a la población y regulación al derecho fundamental a la salud, entre otros.

Se espera de las reformas sean sustentadas en cambios graduales, progresivos, incrementales, dadas sus dificultades y siempre en relación con el entorno político, económico y financiero de la Nación.

Así pues, se entiende que las reformas buscan privilegiar la universalidad y esto ha creado un gran debate en el mundo. Una parte de los participantes del debate piensa que es necesario movilizar más fondos públicos, sin lo cual seguirán prevaleciendo sistemas segmentados y fragmentados que son inequitativos, ineficientes, ineficaces y poco solidarios, otros piensan que el sistema debe sufrir una reestructuración administrativa, por lo cual deben desaparecer el encargo fiduciario y se debe entonces generar una empresa estatal de gestión.

Esta investigación realiza un análisis sobre las reformas que ha sufrido el Sistema de Salud, enfocándose en la identificación de los factores y características que motivan dichos cambios, pero además se pretende aportar claridad en cuanto al funcionamiento del sistema y sus desafíos, todo lo anterior como para trazar un enfoque de análisis evolucionista del sistema. Se clasifica dentro del área de investigación cualitativa donde se incluyen un análisis de las políticas públicas de salud (desde la luz de la normatividad y no desde la instrumentalización de la política), el sistema en sí, los servicios de salud y se selecciona como tema central dicha

problemática, pues existe un desconocimiento casi generalizado de los ciudadanos en cuanto a los manejos, acuerdos y derechos que tenemos frente a este sistema, además de los posibles cambios ya planteados por el Congreso y que nos lleva a preguntarnos, ¿Cómo ha evolucionado el SGSSS en Colombia? Para responder a esta pregunta nos proponemos estudiar el periodo comprendido entre los años 2004 a 2014, tiempo en el cual se instauraron los principales procesos de reformas del sistema de salud en el país.

3. JUSTIFICACIÓN

Actualmente el sistema de salud enfrenta problemas tanto estructurales como coyunturales que lo han llevado a un estado de crisis, el modelo de financiamiento hace que dependa de las variables laborales y demográficas (desde una perspectiva puramente neoclásica liberal, y no desde la perspectiva del igualitarismo), pero además características propias de los mercados de servicios de salud poco regulados y vigilados, como son la corrupción de los agentes del sistema, asimetrías de la información, selección del riesgo y las nuevas tecnologías. Esto hace del sector salud, un contexto, complejo y problemático, que ha tratado de resolverse con medidas legislativas que atacan algunos elementos coyunturales pero que no tratan de resolver los inconvenientes de tipo estructural.

Colombia atraviesa por uno de los momentos más importantes de su historia, la resolución política de un conflicto armado de más de 50 años de duración y la naciente apertura política, son bastantes significativas para despertar varios grados de optimismo sobre el futuro que nos espera; sin embargo el futuro de la búsqueda de la paz, la democracia y el respeto de los derechos humanos se ve amenazado al echar un vistazo a las formas y contenidos de muchos de los cambios que se manejan en el país, justificados por el acatamiento de los acuerdos de paz y bajo la legitimidad consecuente del gobierno, máxime cuando los objetivos de la agenda gubernamental, está en generar mayor equidad e inclusión. Uno de los proyectos de ley más polémicos en la actual legislatura es con el que se busca reformar la salud. Según se retoma en el diario La República:

“el impulso del Gobierno Nacional, Durante largos debates en muchos escenarios del país, se ha explicado que si no se modifican las condiciones, en cinco años será

insostenible el esquema de la salud, por las multimillonarias deudas que se acumulan entre EPS, IPS y hospitales. Sin embargo, los cambios al sistema han sido rechazados por contradictores del Gobierno, que los califican de innecesarios y de no desterrar el mayor problema de todos: la corrupción. La reforma integral, contempla dos etapas. La primera fue la aprobación por parte del Congreso de una ley estatutaria con la que se consagra la salud como un derecho fundamental de todos los ciudadanos. Por ser de este tipo, la ley pasó a la revisión obligatoria de la Corte Constitucional (...). La segunda etapa es la ley ordinaria que hace curso en el Congreso de la República, en donde ya fue aprobada en los dos debates del Senado y pasó a la Cámara de Representantes". (Colprensa, 2013).

A pesar de grandes esfuerzos que ha tenido el gobierno nacional por rescatar la integridad del sistema de salud, existen muchos motivos que han puesto en juego modificaciones a implementar; para algunos especialistas la solución está en acabar las intermediaciones del servicio, es decir las EPS, por los escándalos de corrupción y malos manejos de recurso y servicios; para otros radica en reformular el papel de quien debe ejercer la función de compra y prestación de servicios, y otro tanto sugiere corregir los problemas financiero pero conservando el modelo actual. No obstante los contradictores afirman que una nueva reforma no resolvería totalmente las necesidades de las personas; por supuesto, lo fundamental es que para que entre en funcionamiento, debe aprobar el examen de la Corte Constitucional y la sanción presidencial, sin embargo los problemas estructurales del sistema de salud y sus posibles soluciones siempre se han abordado desde la implementación y formulación de las normas, pasó con el cambio normativo, por poner solo un ejemplo, de la ley 60 del 93 al acto legislativo 01 de 2001 donde definía los recursos financieros por transferencias de la nación y el sistema general de participación y que según informes de (Restrepo, 2006) se dejó de percibir 15,03 billones para el

sector salud o como la solución normativa para la cobertura en el país a la luz de la ley 100 del 93, donde se creó el régimen subsidiado de salud y se introducen toda la población que antes no aparecía en el sistema.

De aquí que en el presente documento se realizará un análisis de los factores y características que han motivado los cambios en el sistema, sobre los procesos que conforman la formulación de la política y la reforma de salud, así como sus principales actores y medidas. Porque se pretende dar un abordaje claro en cuanto a los componentes sociales, económicos y políticos del sistema, así como una visión holística de la evolución del mismo y para que de esta manera se sustente en una contribución acertada y un recuento histórico de las modificaciones y cambios del sistema de salud colombiano que de no reconocer a gran parte de la población antes del 90 y de la aparición de la carta magna y la ley 100 del 93 pasa a tasas de cobertura del 95 y 97% de la población. Pero además vemos como la salud y el bienestar en términos de nivel de salud, tienen unos efectos diferenciadores y altamente positivos en el entorno social, como lo cita (Santa María M. , 2010) en los siguientes términos “por un lado, Sachs (2001) encuentra que un mejor estado de salud se relaciona con mayores ingresos, mayor crecimiento económico y menores tasas de crecimiento poblacionales. Por su parte, Gerdtham y Johannesson (1997) encuentran que el estado subjetivo de salud es un determinante, tan importante como el nivel de ingreso, de la felicidad de las personas” Y se buscarán algunas explicaciones que permitan un óptimo entendimiento sobre los cambios históricos que se han demostrado en el sector salud.

3.1 Razón profesional

El recurso más importante en toda organización y sociedad es el factor humano, en cuanto al sector salud es un factor preponderante y condicionante en las esferas de desarrollo

humano y social, como lo describe (Santa María M. , 2010) anteriormente, pero además permite aportar una visión de análisis holística y evolutiva del sistema de salud colombiano en el periodo 2004 al 2014, con un incentivo mayor pues tiene como motivación fundamental la profesionalidad y el compromiso académico que se adquiere en la etapa de formación universitaria, el sistema de salud Colombiano es una fracción importante para entendernos como sociedad y para poder además tener un panorama de los cambios normativos y adentrarnos en los factores y características que motivaron las reformas.

3.2 Razón social

La presente investigación pretende contribuir aumentando el conocimiento de los colombianos en relación a los cuestionamientos formulados sobre el sector salud, realizando un recorrido donde se exponga la situación del sistema antes, durante y después de la ley 100 del 93, así como explorando los factores contextuales que influyen en el acceso del servicio de salud. Pretende mostrar entonces, un análisis consolidado de los momentos más relevantes que han llevado al actual comportamiento del sistema y por supuesto un entendimiento de su evolución histórica a través de sus reformas de ley y sus crisis.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

- ✓ Analizar el proceso evolutivo de mayor incidencia en las reformas al Sistema General de Seguridad Social Colombiano, durante los años 2004 a 2014.

4.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar el cuerpo normativo del Sistema de Salud.
- ✓ Establecer características económicas, sociales y políticas de las reformas al Sistema de Salud Colombiano.
- ✓ Precisar el funcionamiento y situación actual del SGSSS en Colombia.
- ✓ Definir los posibles cambios que necesita el actual sistema de salud.

5. METODOLOGIA DE INVESTIGACION

La presente investigación ha sido desarrollada basada en el área temática de la salud en Colombia. Se realizó la selección del tema de investigación, en este caso el sistema de salud colombiano y se procedió a establecer la problemática principal objeto de estudio del documento

5.1 Postulados teóricos

Tipo de investigación: Cualitativa

Se utilizó el método de investigación cualitativa que ofrece la posibilidad de explorar aspectos complejos de los problemas de salud y explicar el cómo y porqué de los fenómenos observados en el contexto real.

Comprender el sentido de las acciones humanas es uno de los empeños fundamentales de la investigación cualitativa, manifiestan los investigadores (Denman & Haro, 2002).

De acuerdo con (Serrano, 1994) la investigación cualitativa se considera como un proceso activo, sistemático y riguroso, en el cual se lleva a cabo una indagación que permite tomar decisiones, sobre lo investigable cuando se tiene un problema a resolver o una necesidad a ser satisfecha

Los autores (Blasco Mira & Perez Turpin, 2007) señalan que la investigación cualitativa se estudia la realidad en su contexto natural tal y como sucede, sacando e

interpretando los fenómenos de acuerdo con las personas implicadas. Utiliza variedad de instrumentos para recoger información como las entrevistas, imágenes, observaciones, historias de vida, en los que se describen las rutinas y las situaciones problemáticas.

Naturaleza de la Investigación: Descriptivo

El objetivo principal de la investigación descriptiva consiste en conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción detallada de actividades, objetos, procesos y personas etc,

Según el autor (Sabino, 1992) “La investigación de tipo descriptiva trabaja sobre realidades de hechos, y su característica fundamental es la de presentar una interpretación correcta. Para la investigación descriptiva, su preocupación primordial radica en descubrir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura o comportamiento. De esta forma se pueden obtener las notas que caracterizan a la realidad estudiada”.

5.2 Análisis Documental

Luego de establecer el objetivo y tipo de investigación del proyecto se realiza la recolección de datos de tipo primaria y secundaria

Información Primaria: libros, publicaciones, tesis y artículos de análisis documental

enfocados en el sistema general de seguridad social de salud en Colombia en el periodo 2004 al 2014.

Información Secundaria: Se realizó lectura de artículos de prensa con el fin de seleccionar los que se ajustaban a los intereses de la investigación teniendo como parámetros de inclusión aquellos artículos que incluyen estrategias, alcances, potencialidades y contrariedades del sistema de salud colombiano.

La realización de esta etapa, permitió dar origen al problema de investigación seleccionado en el presente estudio. Se clasificaron los documentos disponibles que contenían como tema central crecimiento, actualidad y crisis del sistema de salud Colombiano seleccionando aquellos que contenían información en el rango de tiempo indicado en la investigación, se extrajeron los documentos pertinentes para el propósito de la misma; se separaron para proceder a lectura detallada de cada uno de ellos y de esta forma obtener elementos de análisis que harán parte del cuerpo del presente documento y así obtener lo pertinente para construir la síntesis de información sobre las realidades del sistema de salud.

5.3 Descripción del proceso Metodológico

Se recopila información, estudios previos, informes de investigación, debates del proyecto de ley, artículos periodísticos, todos enfocados en el tema central de investigación “sistema de salud Colombiano” conocidos como fuentes de información primaria y secundaria. Libros como (Arias, Paredes, Santos, & Duarte, 2012) “Dos décadas del sistema de seguridad social en salud: desarrollo crisis soluciones y sus autores, realiza un recorrido histórico, lo que permitió visualizar el sistema de salud colombiano desde otro perspectiva y el documento (Santa

María M. , 2010)Efectos de la ley 100 en salud, propuestas de reforma, permite enfoque claro de los cambios presentados antes, durante y después de la implantación de la reforma de la ley100 de 1993 (entre otros)

Adicionalmente esta recopilación se estructura mediante el esquema de estado del arte que servirá como apoyo para la elaboración y disección a lo largo del trabajo de grado.

6. MARCO REFERENCIAL

6.1 Marco teórico.

Se hace necesario tener una visión extensa para examinar las etapas en las que ha evolucionado el sector salud para entender a cabalidad toda la importancia que contiene el sistema de aseguramiento para Colombia y evaluar su impacto en la población.

Se puede indicar como los sostiene (Arias, Paredes, Santos, & Duarte, 2012) que “nuestro país ha tenido dos grandes reformas y momentos representativos en su sistema de salud: la primera reforma fue la creación del denominado “Sistema Nacional de Salud”, que fue organizado mediante decretos del año 1976 en desarrollo de la reforma constitucional de 1968, pues ordenó y agrupó verticalmente y bajo la tutela del sector público a una serie de estructuras y entidades que antes estaban dispersas y carecían de dirección”, en materia de cobertura, se aspiraba a cubrir con la red pública el 90% de la población, este periodo estuvo marcado por la desprotección social, bajas coberturas; en aquel momento, el Ministerio de Salud estimaba que existía un 15% afiliado al ISS, un 10% a las cajas de compensación familiar y a otros sistemas de seguridad social, un 5% con medicina privada y el 60% restante sería cubierto por la red hospitalaria financiada con recursos públicos, conforme a la organización descentralizada propuesta en la norma de la Ley 10 de 1990. La segunda reforma legal fue en el año de 1993 con la ley 100 del 93:

“Bajo los lineamientos de la nueva constitución política del año 1991 donde se estableció en forma expresa el derecho a la salud y a la seguridad social en salud de todos los habitantes del territorio colombiano, derecho que tiene como meta final la universalidad de la

afiliación a la seguridad social”¹

En el año de 1991 se originó una crisis que aún persiste en la actualidad, pues 21 años después de la implementación de la ley 100 del 93, se evidencia que no se cumplió a cabalidad las expectativas iniciales y que no fue suficiente la reforma al sector salud frente a las necesidades de la población.

Al establecerse la ley 100 del 93 se crearon 2 regímenes: subsidiado y contributivo; el primero surge de componentes focalizados del gasto que permite identificar claramente las poblaciones de bajos recursos y así dirigir los subsidios. La segunda recibe las contribuciones de los trabajadores y adicional se “encuentran los denominados regímenes excluidos, son segmentos que de acuerdo con las propias definiciones legales (ley 100 del 93) no pertenecen al SGSSS, sino que tienen sus propios mecanismos de prestación de servicios de salud, asemejándose altamente a los modelos de carácter corporativista que se han planteado. Estos regímenes son los correspondientes a la policía nacional, las fuerzas armadas, la Empresa Colombiana de Petróleos y el Magisterio, vinculados, como se ve, a sectores particularmente sensibles en la operación de la sociedad (policía y FFMM) o a grupos de trabajadores con prebendas adquiridas a lo largo de la historia” como lo describe el Ministerio de Protección Social, (2007).

Según la Tabla 6-I, podemos observar que las coberturas oscilan de manera que el régimen subsidiado supera el contributivo, a partir del año 2004 registra un crecimiento considerable del régimen subsidiado, esto a su vez demuestra y permite identificar una característica social, pues permitió el tránsito de muchos colombianos que no estaban amparados

¹ Arias et al. (2012).

bajo un sistema de seguridad.

Tabla 6-I Histórico de cobertura en afiliación al sector salud

AÑO	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RGIMEN SUBSIDIADO	TOTAL GENERAL	(Estimación y proyección)	COBERTURA %
2004	11.199.073	15.553.474	26.752.547	42.368.489	63,14
2005	14.270.698	18.438.013	32.708.711	42.888.592	76,26
2006	17.996.635	20.125.263	38.121.898	43.405.956	87,83
2007	17.423.153	21.606.812	39.029.965	43.926.929	88,85
2008	18.405.579	23.601.000	42.006.579	44.451.147	94,50
2009	18.046.744	23.373.913	41.420.657	44.978.832	92,09
2010	18.462.916	21.840.891	40.303.807	45.509.584	88,56
2011	19.620.393	22.295.140	41.915.533	46.044.601	91,03
2012	19.957.672	22.605.295	42.562.967	46.581.823	91,37

Fuente: Ministerio de salud y Protección social - Oficina TIC - BDUA AÑO 2012 población total proyecciones

DANE – histórico en cobertura 2004 – 2012

Sin embargo esto nos lleva afirmar que desde aquí empieza las fallas del sistema empezando por el tema financiero, pues de esta forma se generan muchas presiones sobre los recursos del presupuesto nacional, así lo cita (Santa María M. , 2010)demostrando que la tasa de crecimiento real anual promedio del gasto en salud (entre 1993 y 2003) fue mayor para el régimen subsidiado (18,8%) que para el régimen contributivo (10%), lo que demanda más fondos

del Presupuesto General de la Nación.

Es por eso que “la población asegurada se multiplicó considerablemente a partir de 1995, especialmente en el Régimen Contributivo, al extenderse sus beneficios a toda la familia del afiliado, y en el Régimen Subsidiado, desde comienzos de los años 2000, por la afiliación de más de 20 millones de colombianos. En la actualidad, cerca del 96% de la población está protegida por un seguro de salud con igualación de cubrimiento prestacional en los dos regímenes, mientras en 1993 solo estaba asegurada entre el 21% y el 25%” como lo determina el Ministerio de salud y protección social, (2012-2013).

A su vez los montos de las contribuciones obligatorias derivados de las UPC² fueron cada vez menos, en la medida que los subsidios se fortalecieron. Mientras en 1998 representaba el 51% del total, equivalente a 4.468.218 UPC –s, en el año 2000 sólo alcanza a financiar el 35%, es decir, 3.051.315 UPC³. La Unidad de Pago por Capitación se expidió con base en un estudio del Instituto de Seguros Sociales de 1988, es decir, tiene hoy un atraso de 21 años. De esta forma, hay servicios que aunque están incluidos en el Plan de beneficios, no están costeados; y otros que están incluidos, ya no se usan. La actualización del POS es urgente.

Este estudio de Análisis de suficiencia de la UPC concluyó que “la UPC ya no alcanza, debido a que el 90% se va en gastos de salud y el 15% en administración, lo que evidencia un 5% de déficit” como bien lo describe el Ministerio de Salud y Protección Social,

² Unidades de Pago por Capitación.

³ANÁLISIS FINANCIERO DEL FLUJO DE RECURSOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO, Ivan Jaramillo. Investigador Universidad Nacional MINISTERIO DE SALUD Programa de Apoyo a la Reforma. 2000
Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/VOL%201%20FLUJOS%20FINANCIEROS.pdf>

(2014). De ahí que la estimación para que la UPC sea suficiente, se debería incrementar por lo menos en un 8% (valor promedio).

Pero entonces es notable que el sistema de seguridad social en Colombia no estuvo ni esta, formulado para el crecimiento acelerado de los servicios, procedimientos y medicamentos conocidos como gastos NO POS, y que esos cambios característicos no han sido a nivel estructural sino cambios de freno de urgencia, a la luz de una normatividad, circunstancia que ha ocasionado serios desequilibrios en el sistema.

Otras de las fallas que ha ocasionado la actual crisis del sistema son las limitaciones poco claras del contenido del POS, precisamente porque el sistema ha sido reformado por normas, obviando cambios sustanciales, y que no se ha tenido un debido control en los precios de los medicamentos lo que ha causado rigideces en el costo de los mismos y que ha confundido a los usuarios llevándolos a confusiones en cuanto a los servicios y solicitudes desembocando en masivas demandadas, por otro lado la perplejidad en el flujo de los recursos destinados para este sector y la coexistencia de modelos mixtos de aseguramiento y asistencia; en menos de dos décadas, se hizo más complejo y surgieron muchos problemas que no fueron enfrentados o que recibieron soluciones parciales, tardías o inefectivas.

Al aumentar la cantidad de usuarios y al demandar cada vez más los servicios del sistema y de mostrarse cada vez más exigentes en temas de calidad y funcionalidad, además de todas las fallas anteriormente mencionadas aparece entonces la figura de la tutela, los ciudadanos aprendieron a exigir y a reclamar por medio del sistema judicial, pues esta vía en muchos casos se convirtió en el camino elegido para obtener los servicios requeridos.

El estudio “La tutela y el derecho a la salud” realizado por (Defensoría del pueblo, 2014), expuso un crecimiento excedido en la cantidad de tutelas instauradas. Así, en el 2005 el número de tutelas interpuestas en salud fue de 81.017, 36,12% del total y el número total desde 1999 hasta 2005 interpuestas fue de 1.067.07013.

En la tabla 6-II Se muestran las cifras del estudio realizado por la defensoría del pueblo que hace énfasis comparativo en el número de tutelas puestas en el sector salud frente al total de tutelas del sistema judicial, este rasgo resalta como la identificación de una característica de corte político, pues la rigurosidad de las normas y el obviar los problemas estructurales causaron una fuerte presión para acceder a la salud mediante la tutela y por ende un embotellamiento en el sistema judicial.

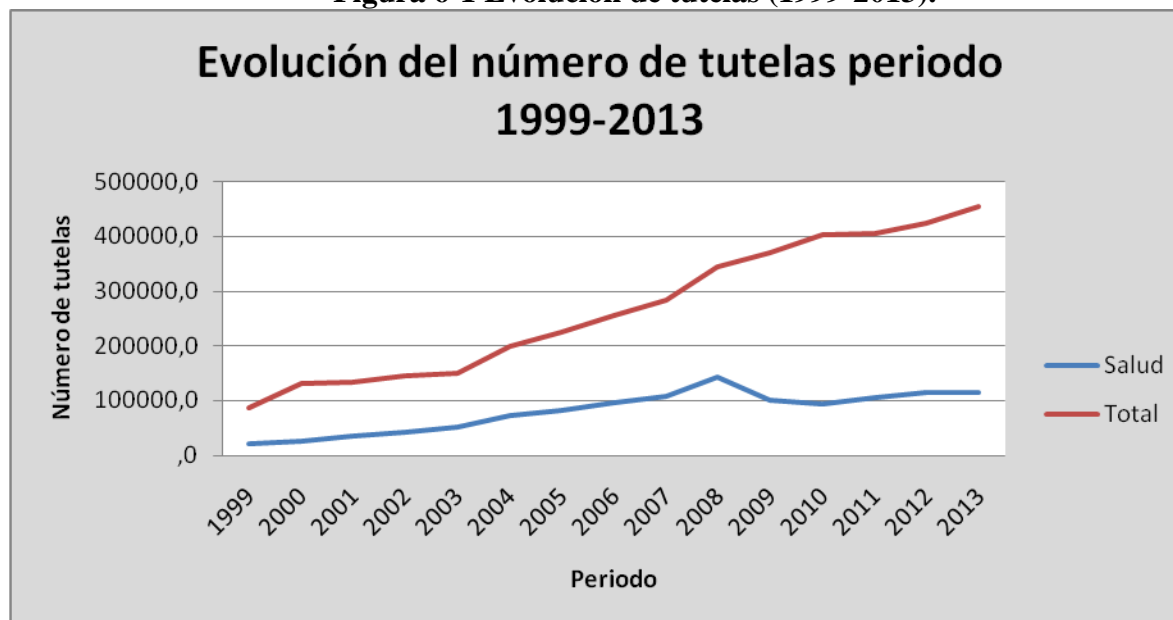
Tabla 6-II participación de las tutelas sector salud (1999-2013).

AÑO	TUTELAS		PARTICIPACIÓN SALUD %	TASA DE CRECIMIENTO ANUAL	
	SALUD	TOTAL		SALUD	TOTAL
1999	21.301	86.313	24,68		
2000	24.843	131.764	18,85	16,36	52,66
2001	34.319	133.272	25,75	38,14	1,14
2002	42.734	143.887	29,70	24,52	7,96
2003	51.944	149.439	34,76	21,55	3,86
2004	72.033	198.125	36,36	38,67	32,58

2005	81.017	224.270	36,12	12,47	13,20
2006	256.166	96.226	37,56	14,22	18,77
2007	283.637	107.238	37,81	10,72	11,44
2008	344.468	142.957	41,50	2145	3331
2009	370.640	100.490	27,11	7,60	-2971
2010	403.380	94.502	23,43	8,83	-5,96
2011	405.359	105.947	26,14	0,49	12,11
2012	424.400	114.313	26,94	4,70	7,90
2013	454.500	115.147	25,33	7,09	0,73
TOTAL	1.205.011	4.009.620	30,05		

Fuente: (Defensoría del pueblo, 2014)

Figura 6-1 Evolución de tutelas (1999-2013).



Fuente (Defensoría del pueblo, 2014).

Por estos motivos y cambios externos e internos que afectan directamente el sistema

reflejados en la tabla 6-III, el gobierno ha creado nuevas disposiciones cuyo propósito entre otros, es disminuir el número de tutelas interpuestas (Sentencia C-463 de 2008) sin embargo se considera que la más importante de todas fue la Ley 1122 de 2007, la cual contribuyó a mejorar ciertos aspectos en materia del control del crecimiento desmesurado de las EPS, siguiendo la misma línea de análisis de (Arias Contreras, 2014).

Tabla 6-III Cambios externos e internos que han afectado al sistema.

RELACIONADOS CON LA POBLACIÓN

Crecimiento numérico de la población asegurada

Transición epidemiológica y carga de enfermedades

Cambios demográficos: Envejecimiento, distribución espacial, otros.

Aumento de la utilización de servicios per cápita

PROPIOS DEL MODELO

Evolución del derecho a la salud, del POS judicial y dinámica de cobros No POS

Ampliación de tecnologías y medicamentos en el POS

Exceso de normas que complican la operación

Modelo médico especializado y hospitalario

Fuente: (ACEMI, 2012)

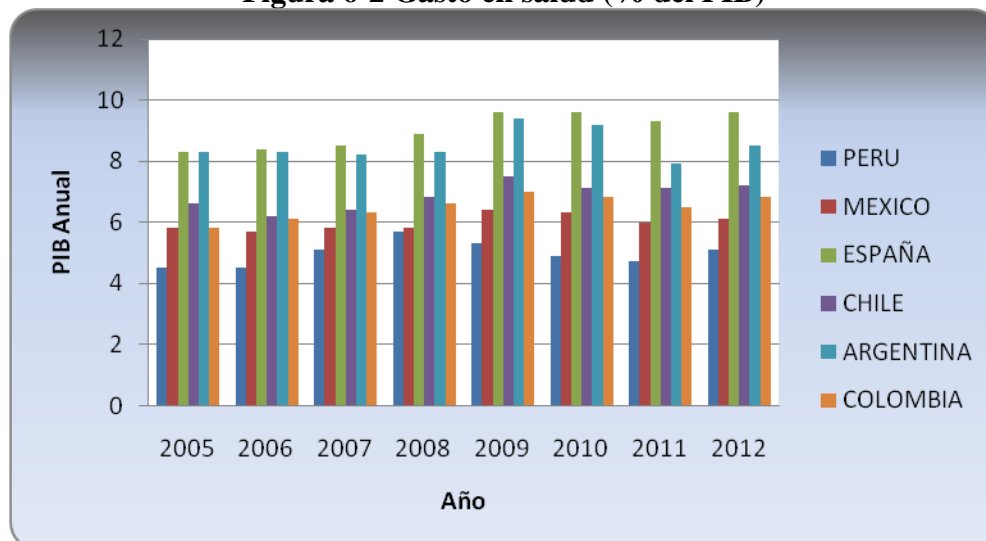
Sumado a esto el mal manejo de los recursos ha llevado a falsear los objetivos por los cuales fue creado el sistema SGSSS; casos de corrupción, fraude, desvío de recursos, son eventualidades frecuentes que distorsionan el transcurrir del sistema, para el filósofo Norman Daniels, en una entrevista de la (Revista Semana, 2009), sostiene que un sistema de salud debe cumplir algunos requisitos: Primero, que sea transparente, que la gente conozca y entienda las

decisiones que les afectan su servicio de salud. Segundo, que las decisiones tienen que ser legítimas, es decir, construidas, con la participación de los actores del sistema (médicos, hospitales, empresas, gobierno, asegurados, etc.), sobre un consenso básico. Tercero, lo que se decida debe ser revisable con el tiempo, a medida que cambie la tecnología, la ciencia, entre otros aspectos. Cuarto, que se pueda garantizar que el proceso en efecto, será transparente, legítimo y revisable.

Sin embargo la realidad demuestra que estamos lejos de tener algún punto de convergencia con los requisitos de Daniels, pues el sistema ha tenido serios problemas de corrupción como el nombrado caso Saludcoop, o escándalos por irregularidades en cobros, pero tampoco ha habido una participación concreta de los actores que confluyen en el sistema, ni mucho menos existen medidas que permitan la actualización tecnológica-científica de la salud en Colombia pese a los indicadores de cobertura, posee más retos que cualquier otro sector y esto debido a su estatus de derecho fundamental y también de sus derechos conexos.

De igual manera Colombia no gasta poco en salud (Figura 6-2) de acuerdo con cifras del Grupo del (EL Banco Mundial, 2014), “Colombia gasta 6.3% del PIB anual en salud, lo cual sitúa al país en una posición intermedia en el contexto latinoamericano, por encima de Chile, México y Perú y por debajo de Argentina. Por otra parte, cuando se desagrega el gasto total en salud, Colombia refleja una alta participación de gasto público (84.2% del total) y un bajo nivel de gasto de bolsillo”.

Figura 6-2 Gasto en salud (% del PIB)



Fuente: (EL Banco Mundial, 2014) *Promedio 2005-2012

El gasto total en salud es la suma del gasto público y privado, abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios.

Un análisis coyuntural permite evidenciar las múltiples problemáticas en torno al funcionamiento del sistema de salud en Colombia, la fragmentación de las estructuras y los procesos del sistema, la desinstalación del sistema de información, la desarticulación del sistema de planeación, y el deterioro en la calidad de los servicios son algunas de ellas, para (Gómez Arias, 2012), las problemáticas han sido el reflejo de la poca intervención del Estado en el manejo de los recursos en salud por parte de entidades públicas y privadas, lo que ha repercutido en un conflicto de intereses de grandes proporciones, esto producto de la ley 100 del 93 que permitió la libre competencia tanto de IPS como de EPS como una motivación concreta para desarmar los carteles y monopolios (característica de rasgo económico). Por tal motivo, el Estado

deberá tomar mayor partido frente a estas problemáticas, formulando políticas más estrictas de regulación y control en el manejo de los recursos destinados para la prestación de servicios en salud, pues tiene la responsabilidad de garantizarla como un derecho fundamental y no como un servicio al libre mercado.

6.2 Marco Contextual.

En los tiempos de fundación de la nación hasta inicios del siglo XX apareció claramente la necesidad de implementar instituciones que prestaran servicios médicos, constituidos inicialmente por voluntarios privados que ejercían su actividad libremente o por centros hospitalarios de caridad manejados por comunidades religiosas, después beneficencias creadas en los departamentos sin que existiera un ente estatal que hiciera las funciones de vigilancia y regulación de los servicios prestados. Fue en este momento donde surgieron organismos que brindaban atención en salud en el campo de la salud pública y la prevención; a la vez se establecieron las primeras instituciones hospitalarias en el país, creadas en su mayoría por iniciativas del clero o iniciativas ciudadanas con el propósito de garantizar la prestación de servicios, en especial a la población de bajos recursos. Estas instituciones no surgieron por iniciativa del estado, pero con el tiempo cobraron mucha importancia como instrumento fundamental para los pobres, se crearon de manera desorganizada y su administración y financiación fue paulatinamente asumida por el Estado. Para (Arias, Paredes, Santos, & Duarte, 2012) “De esta manera espontánea, surgió toda una institucionalidad hospitalaria en el país que posteriormente quedó acéfala o en manos del Estado, con grandes problemas de orden legal y financiero. Fue esta red hospitalaria la que finalmente garantizó en mayor o menor grado el acceso a los servicios de salud de la población más pobre del país, bajo el concepto de asistencia

pública. De otra parte, se empezaron a construir planes de seguridad social dirigidos a la protección de poblaciones específicas: tal es el caso de las fuerzas militares, a quienes a partir de 1925 se les otorgó una serie de beneficios en salud”.

En 1940 se reformó nuevamente la Constitución con el propósito de autorizar la creación, mediante ley de la República, de una jurisdicción especial de trabajo. Y es así como en la década de los años cuarenta, surgió la noción de seguridad social, ligada de manera estrecha al ámbito laboral y bajo una orientación liberal Keynesiana, en aras de solventar las crisis económica del 29 con espectro mundial, a través del gasto público y la generación del pleno empleo. De esta reforma nació, a nivel legislativo con el Decreto 2350 de 1944 y la Ley 6 de 1945, la noción de las prestaciones patronales las cuales eran asumidas en forma directa por los empleadores.

La Ley 90 de 1946 instauró el seguro social obligatorio y creó el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ISS), que tenía como intención garantizar la solidaridad entre los diferentes empleadores y trabajadores, de tal suerte que las empresas cotizaran en proporción a los salarios pagados y los trabajadores tuvieran los mismos beneficios, sin importar el monto de los aportes realizados por su empresa. Así, se superó el esquema en donde el patrono respondía en forma directa por una serie de servicios y las coberturas estaban sujetas a la capacidad del empleador. Para entonces los conceptos de salud y de seguridad social en salud eran independientes: la seguridad social era concebida única y exclusivamente como un derecho de las personas que se encontraban en situación de asalariados. De esta manera, las personas dependían para su atención de la disponibilidad de recursos de la red hospitalaria y de su capacidad económica en el momento de demandar servicios.

Con la reforma constitucional de 1968 se amplió el campo de la intervención del Estado regida a lograr el desarrollo integral de la sociedad. En 1979, se consignó el Código Sanitario (Ley 9), en donde se consagraron de manera expresa los derechos y los deberes de todos los habitantes en materia de salud, allí se indica que todas aquellas disposiciones que se relacionen con la salud son de orden público y se establece el derecho de todos los habitantes del territorio nacional para acceder a los servicios de salud, ya sean de carácter preventivo o asistencial. Es así como en el Artículo 594 se declara la salud como bien de interés público. En el Artículo 595, se instaure el derecho que tiene todo habitante a acceder a los servicios de salud, que se definía como:

“Todo habitante tiene el derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y las reglamentaciones especiales determinen y el deber de proteger y mejorar el ambiente que lo rodea”,

Y en el Artículo 603 se establece el derecho a los servicios de prevención en los siguientes términos:

“Toda persona tiene derecho a exámenes preventivos de salud y a los servicios de diagnóstico precoz de las enfermedades crónicas debiendo, en todo caso, someterse a ellos cuando la autoridad de salud así lo disponga”

Esta ley continúa vigente y consagra todas las normas de protección de la salud relacionadas con el consumo y el medio ambiente, y en general con la protección de la salud

pública.

Por otro lado el acceso a los servicios de salud para la población pobre continuo en manos de fundaciones sin ánimo de lucro, que recibían aportes del Estado, y de los hospitales públicos. Las personas, en muchas ocasiones, no lograban acceder a los servicios de salud y si bien accedía a la consulta con el médico, no tenía recursos para adquirir los medicamentos ordenas por el profesional.

De esta manera el Sistema Nacional de Salud está compuesto, de acuerdo con lo definido en la Ley 10 de 1990, por todas las instituciones públicas y privadas que prestan los servicios de salud y las entidades de seguridad social. Allí se consagró que la prestación de los servicios de salud es un servicio público, ya sea prestado por entidades públicas o privadas, teniendo el Estado amplias facultades de intervención en la vigilancia, prestación y definición de normas científico-técnicas y administrativas. “Se estableció la obligación de las instituciones, públicas y privadas, de prestar la atención inicial de urgencias independientemente de la situación económica del usuario y la gratuidad de los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional” como se describe en (Arias, Paredes, Santos, & Duarte, 2012).

Las debilidades del sistema anterior, tales como la inequidad, la desarticulación de los servicios, la poca solidaridad, la baja cobertura y en general, su enfoque hacia la asistencia pública, serían los ingredientes que ambientarían la implementación de la reforma, ante un paquete muy atractivo que buscaría minimizar los conflictos entre equidad y eficiencia, una mejor redistribución de los recursos y un alivio en las cargas de poder. Como consecuencia de estos antecedentes, las expectativas superaron los temores que había sobre el modelo, y dieron

vía libre a la expedición de la Ley 100 del 93 de 1993; y se dio paso a la segunda reforma legal, bajo los lineamientos de la nueva Constitución expedida en 1991, en la cual se consagró en forma expresa el derecho a la salud y a la seguridad social en salud de todos los habitantes del territorio colombiano.

Esta Ley constituyó una evolución del sistema anterior, al acentuar y ampliar el aseguramiento obligatorio que ya tenía más de tres décadas de operación en cabeza del ISS, Cajanal, Caprecom y de centenares de cajas de previsión territoriales, dando la oportunidad de participación a operadores privados dentro de los lineamientos de la nueva Carta Política de 1991, y creando un régimen de aseguramiento subsidiado para la población de escasos recursos económicos. Adicionalmente, desde el punto de vista de derechos del individuo, la Ley 100 del 93 implicaba un gran avance en materia de exigibilidad y efectividad, pues garantiza el acceso a los servicios de salud que se encuentran contenidos de manera explícita en un plan definido previamente por el Estado, de acuerdo a (Arias, Paredes, Santos, & Duarte, 2012).

Esta reforma no solo se originó en la célebre Ley 100 del 93, sino que se acompañó de la Ley 60 del mismo año que reguló las transferencias de la nación a los entes departamentales y municipales (modificada años más tarde por la Ley 715 de 2003), reglamentada por una cantidad de decretos, resoluciones y acuerdos emanados del Ejecutivo en los siguientes años. Con esta última Ley se profundizó el proceso de descentralización y fortalecimiento de las entidades territoriales, tratando de eliminar los obstáculos presentados con la norma anterior.

Ha sido una tendencia colombiana tratar de subsanar problemas mediante la expedición de normas legales y reglamentarias, lo cual suele tener el efecto de complicar la

regulación sin resolver las situaciones que se buscaba corregir, pero además desconociendo la profundidad de los problemas estructurales de la salud a lo largo de los años, y por el contrario disminuyendo la destinación de los recursos para hacer frente y garantizar no solo el derecho fundamental sino los rápidos cambios tecnológicos y científicos que se debieron dar y se dan en el mencionado sector.

6.3 Marco Legal

De manera precisa, los cambios fundamentales al sistema se expresaron en la implementación de la ley 100 del 93 de 1993 la cual presentó modificaciones relevantes mediante la Ley 1122 de 2007 (Congreso de la república), Ley 1438 de 2011 y en las sentencias T760 y C463 (Corte Constitucional) de 2008; por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

6.3.1 Ley 100 del 93 de 1993

Esta ley reorganiza la prestación de servicios de salud en Colombia, se establece El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se divide en dos grandes regímenes, (

Figura 6-3), el régimen contributivo y el régimen subsidiado. Al régimen contributivo (RC), pertenecen todos los empleados del sector formal, pensionados e independientes con capacidad de pago.

Al régimen subsidiado pertenecen todas aquellas personas que no tienen capacidad de pago para asegurarse en el sistema, o sea los sectores de la población más vulnerables del país.

Las fuentes de financiación son los recursos asignados Sistema General de Participaciones (SGP), rentas cedidas a los departamentos, recursos propios de departamentos y municipios, la cuenta de solidaridad del Fosyga y rendimientos financieros de esta cuenta, aportes del Presupuesto General de la Nación.

A través de la implementación de la Ley 100 del 93 se generaron notables mejoras en el sistema de salud colombiano, una de ellas se evidenció en la cobertura en salud de la población (en especial bajo el régimen subsidiado), con una cobertura de la población del 24% en 1993 a una del 73,6% en el año 2007 (actualmente con más del 90% de cobertura) como lo sostienen estudios de (Agudelo Calderón, Cardona Botero, Ortega Bolaños, & Robledo Martinez, 2011). Adicionalmente, en el año de 1992, el 57% del gasto total en salud lo asumía cada usuario, para el año 2009 tal gasto pasó a ser del 22%. Estas y otras mejoras han menguado las barreras de acceso a la prestación de servicios en salud, independientemente de la capacidad de aporte de la población según lo descrito en (Cárdenas Santamaría, 2009).

Pero además el esquema para la prestación servicios de salud fue mixto de competencia regulada, permitiendo que la participación del sector privado se articulara a la infraestructura pública existente, y de esta manera poder garantizar la aseguración de la población a través de la libre afiliación. Para cada régimen se ofrecía un plan de beneficios POS, el plan de beneficios del RS es un 60% del RC, particularmente en los servicios de segundo nivel de complejidad (medicina especializada). Sin embargo a partir de 2009 se comienza a igualar de forma gradual el plan de beneficios de ambos regímenes con la igualación para la población menor de 12 años a partir de 2010, para los menores de 18 años y para 2012 se cuenta con un plan de beneficios único.

Figura 6-3 Objetivos e instrumentos de la Ley 100 del 93



Fuente: (Santa María, García , Prada, Uribe , & Vásquezb., 2009)

La totalidad de los aportes del RC va hacia la cuenta de compensación del Fosyga y luego de allí se transfieren los recursos a las EPS. Los ingresos de las EPS se determinan con base en el producto entre el número de afiliados inscritos una unidad de pago por capitación (UPC), loterías, empresa territorial para la salud (ETESA), impuestos a los licores y al tabaco. Y el POS-Plan obligatorio de salud, como una cesta de bienes y servicios en salud que define el gobierno, entre las personas de los diferentes niveles de ingresos y riesgos del régimen contributivo -EPS-IPS. Son varios los estudios realizados sobre el sector salud en Colombia que demuestran los efectos positivos del SGSSS en la equidad; pues se demuestra avances en cobertura, acceso y aseguramiento, sobre todo de los más pobres.

El incremento de la cobertura se ha dado con mayor velocidad en el área rural, lo que llevó a las diferencias entre mayores y menores coberturas urbano-rurales se redujeran de 4,5 veces a 1,2 veces, entre los años 1995 y 2005. El esquema de subsidios cruzados entre la población del régimen contributivo, por el punto de solidaridad de los afiliados al régimen

subsidiado, y los subsidios al régimen subsidiado desde el SGP y los vinculados, cuando se llegue a la meta de igualación del POS de ambos regímenes, es muy probable que tenga efectos positivos significativos sobre la equidad en salud, la distribución del ingreso de los colombianos y disminución de la pobreza. Sin embargo, como se anota anteriormente los avances del sistema de salud en la mejora de la equidad en salud, distribución del ingreso, disminución de la pobreza han sido significativos; pero en términos fiscales resulta ser demasiado costoso y el esquema de financiación que se señala anteriormente como progresivo, desde el punto de vista de la eficiencia resulta ser demasiado inconveniente.

6.3.2 La Ley 1122 de 2007

El (Congreso de la República de Colombia, 2007) precisó los objetivos de la reforma de la siguiente manera: “para realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.”

En su momento el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, máxima autoridad del sistema, se compuso de una manera tal que en la toma de decisiones se evidenciaron grandes pujas de poder y serias dificultades de gestión. La inexistencia de recursos y las dificultades para investigar y actualizar el POS y la UPC, han sido factores de gran impacto sobre la eficiencia del

sistema. La falta de información es sistemática e induce a que sea la relación costo-beneficio derivada de las negociaciones de los intereses sectoriales, la que prevalezca en la toma de decisiones, como se describe ampliamente en (Gómez Velez, 2006).

La Ley 1122 también ordenó el incremento de las contribuciones en el régimen contributivo al 12,5%, un incremento de 0,5% con cargo al empleador; y para financiar el régimen subsidiado, fijó el porcentaje de los recursos del sistema general de participaciones en el 65% a partir del año 2009, así como en un 25% de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital.

En cuanto al logro de la universalización, la norma pretendió una —cobertura universal de aseguramiento” para los niveles I, II y III del Sisbén, asimismo, para dar sostenimiento a la red pública hospitalaria, solicitó a las EPS del régimen subsidiado la contratación con estas de al menos el 60% de sus recursos. Esta universalización obligó a establecer procesos de priorización que permitan cumplir con las expectativas de las reformas. El ejercicio reta al generador de política a buscar estrategias de armonización y a superar los conflictos que hay implícitos en ellas, como lo menciona (Castaño, 2009).

Adicionalmente la ley determinó que los municipios y distritos destinarán el 0,2% de los recursos del régimen subsidiado a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales (Congreso de la República de Colombia, 2007).

El papel de la Superintendencia Nacional de Salud se ha visto enfocado en aspectos

de vigilancia y control, dejando a un lado la resolución de conflictos, casos de corrupción e injusticia entre aseguradores y usuarios

6.3.3 Ley 1438 de 2011

El congreso de la república decretó esta ley por medio de la cual se reforma el sistema general seguridad social en salud, teniendo como objetivo el fortalecimiento del mismo a través de un servicio de prestación público en el marco de la estrategia de la atención primaria en salud. Son 145 los artículos que contiene la Ley a través de la cual se busca mejorar la prestación y el acceso a la salud en Colombia e impedir el colapso económico del sistema.

En esta ley se incluían las disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera. En la ley 1438 también se tienen en cuenta lo que es atención preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia este plan de beneficios incluirá una parte especial y diferenciada que garantice la efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de los niños, niñas y adolescentes. También la universalización de aseguramiento que dice que todos los residentes en el país deberán ser afiliados del sistema general de seguridad social en salud.

6.3.4 Sentencia C-463 de 2008

La tutela fue concebida para proteger los derechos fundamentales, no obstante, su

extensión por la vía doctrinaria de la conexidad de estos derechos con otros a los que el constituyente no les dio ese carácter, ha significado que los jueces asuman facultades administrativas. Así, ellos adquieren funciones que por su naturaleza corresponden al ejecutivo, el propósito de estas nuevas disposiciones fue, entre otros, disminuir el número de tutelas interpuestas.

6.3.5 Sentencia T-760 de 2008

La Corte Constitucional en un ejercicio de acumulación de casos expidió la Sentencia T-760 de 2008 cuyo propósito fue llamar la atención de los actores y exigir las obligaciones que fueron previamente establecidas por la Ley 100 del 93 de 1993 y sus decretos reglamentarios y obligaciones generales los cuales no habían sido implementados hasta ese momento por los actores del sistema. Los alcances de la sentencia incluyen funciones de tipo regulatorio que son asumidas por esa corporación, llenando así los vacíos que de estas funciones existen y de esta manera anticiparse al desarrollo reglamentario de competencia del ejecutivo” (Ministerio de protección social, 2007)

Las más marcadas modificaciones al sistema se han llevado a cabo por medio:

✓ Referencias Legislativas:

- **Ley 100 del 93 de 1993:** Define el Sistema de Seguridad Social Integral que rige actualmente en Colombia.

- **Ley 1122 de 2007:** Reforma la Ley 100 del 93 en varios aspectos. Crea la Comisión Reguladora de la Salud y plantea la universalización del servicio para los niveles Sisbén 1, 2 y 3.
- **Ley 1151 de 2007:** Ley del Plan de Desarrollo 2006 – 2010. Incluye las metas de universalización del servicio de salud en el Régimen Subsidiado.
- **Ley 1393 de 2010:** Ley de Recursos para la Salud, promovida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

✓ **Sentencias de la Corte Constitucional:**

- **Sentencia SU-480 de 1997:** Reglamenta aspectos de la relación paciente-médico-EPS-Gobierno. En particular, la orden de un médico tratante crea la obligación por parte de la EPS para suministrar el respectivo medicamento al paciente, y en caso de no encontrarse este en el POS, crea la obligación del Gobierno a pagar.
- **Sentencia C-463 de 2008:** Confirma la responsabilidad financiera de las EPS, por un 50% del costo, en los casos en que un tratamiento sea concedido por tutela. Amplía el alcance de los CTC: Su injerencia inicial sobre medicamentos en el Régimen Contributivo, se amplía a todo tipo de prestaciones en salud, y al Régimen Subsidiado.
- **Sentencia T-760 de 2008:** Ordena la unificación de los POS del Régimen Contributivo y Subsidiado. Ordena la agilización del pago de recobros por parte del Fosyga.

- **Sentencia C-253 de 2010:** Declara inexecutable la Emergencia Social. Ordena destinar el recaudo de nuevos recursos a la unificación de POS y a la universalización del servicio de salud.

✓ **Decretos de Emergencia Social.**

- **Decreto 4975 de 2009**, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEXEQUIBLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Declara la Emergencia Social. A su amparo se expiden los otros decretos de la Emergencia. La Corte difiere los efectos de su sentencia en lo que a fuentes tributarias se refiere hasta diciembre de 2010.
- **Decreto 4975 de 2009**, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEXEQUIBLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Dicta medidas para liberar recursos para dar continuidad a la prestación del servicio de salud.
- **Decreto 73 de 2010**, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEXEQUIBLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Dicta medidas para liberar recursos del Sistema General de Participaciones, entre otros.
- **Decreto 74 de 2010**, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEXEQUIBLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Introduce modificaciones al Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT).

- **Decreto 75 de 2010**, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEXEQUIBLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Dicta instrucciones para la agilización en la resolución de conflictos entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Decreto 126 de 2010**, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEXEQUIBLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Dicta disposiciones en materia de Inspección, Vigilancia y Control y de lucha contra la corrupción en el Sistema General de Seguridad Social en Salud
- **Decreto 127 de 2010**, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEXEQUIBLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Define fuentes tributarias para el sistema de salud, relacionadas con el consumo de cerveza y juegos de azar. La Corte difiere el efecto de su sentencia hasta diciembre de 2010.
- **Decreto 128 de 2010**, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEXEQUIBLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Regulan las prestaciones excepcionales en salud, definiendo de esta manera los servicios no incluidos en el POS del Régimen Contributivo.
- **Decreto 129 de 2010**, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEXEQUIBLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Dicta medidas en materia de

control a la evasión y elusión de cotizaciones y aportes al sistema de la protección social.

- **Decreto 130 de 2010**, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEXEQUIBLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Desarrolla el Decreto original de Emergencia Social, en lo relativo al monopolio rentístico de los juegos de suerte y azar.
- **Decreto 131 de 2010**, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEXEQUIBLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Crea el Sistema Técnico Científico en Salud, con el fin de coordinar la generación del conocimiento para la prestación del servicio público de salud en condiciones estandarizadas.
- **Decreto 132 de 2010**, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEXEQUIBLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Establece mecanismos para administrar y optimizar el flujo de recursos que financian el Régimen subsidiado de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Decreto 133 de 2010**, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEXEQUIBLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Adopta medidas tendientes a garantizar el acceso, oportunidad, continuidad, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

La más reciente reforma planteada para aplicar al sistema de salud colombiano esta sustentada por

los siguientes proyectos de ley:

- ✓ **Proyecto de ley No. 06/12 Senado.** Manual de tarifas mínimas de salud.

- ✓ **Proyecto de ley estatutaria No. 48/12 Senado.** Por medio del cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud.

- ✓ **Proyecto de ley estatutaria No. 105/12 Senado.** Por medio del cual se reglamenta el Derecho a la Salud

- ✓ **Proyecto de ley No. 50/12 Cámara.** Denegación de atención a la salud.

- ✓ **Proyecto de ley No. 51/12 Senado.** Por medio del cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

- ✓ **Proyecto de ley No. 135/12 acumulado con el número 106/12 Senado.** Por medio del cual se adoptan medidas en el Sistema General de Seguridad Social en salud para mejorar y el flujo de recursos y se dictan otras disposiciones.

6.4. Marco Conceptual

A continuación encontraremos conceptos que nos ayudarán a enfocarnos y comprender un poco más del sistema de salud colombiano y así visualizar, descubrir y comprender dicho sector.

6.4 Concepto De Salud

El concepto de “salud” ha sido enfocado a las condiciones históricas y características por las cuales ha atravesado el sistema en el transcurso de los años.

Para la Organización Mundial de la Salud –OMS– la salud es “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Y para (Vergara Quintero, 2007) “antes de esta definición, se consideraba sano al individuo que no presentaba molestias o síntomas, es decir, a quien estaba libre de una enfermedad visible. Muchos criticaron a la OMS la idea de completo estado de bienestar, ya que ésta idea parece irreal: salud y enfermedad no serían categorías ni estados nítidamente diferenciados, sino parte de un continuo, de un equilibrio permanente de diversos factores naturales y sociales en continua interacción.”

De otro lado la legislación Colombiana no considera el término de “salud” debido a las técnicas de enunciación normativa de las reglas constitucionales, por lo tanto se utilizan términos como atención en salud, servicios de salud o derecho a la salud.

En la jurisprudencia de la corte constitucional de encuentra definido como el estado “en que el ser orgánico humano ejerce normalmente todas sus funciones”⁴, o como el ya referido en la Sentencia T-307 de 2006: “la salud como concepto integral incluye no sólo aspectos físicos sino también aspectos psíquicos, emocionales y sociales” De ambas consideraciones se resalta su coincidencia con los conceptos integradores de la salud. A continuación, se analizarán los componentes del concepto, desde una noción sistémica e integral.

⁴ Véase la Sentencia T-341 de 1994, M. P. Carlos Gaviria Díaz, p. 9.

6.5 Concepto Del Derecho A La Salud

En la declaración universal de los derechos humanos, el término “derecho a la salud” hizo presencia para considerarse como derecho humano⁵. Es un derecho que se construye todos los días y es uno de los más vulnerados a nivel mundial, ha evolucionado entre los preceptos constitucionales y las normas infra constitucionales. Un derecho que ha movido grandes sentimientos, al igual que grandes intereses; por esto la importancia de hacerlo respetar ante las eventualidades presentadas en el sistema de salud colombiano.

6.6 Actores E Intermediarios Del Sistema

6.6.1.1 Los aportantes

Hacen parte de él todos los que realizan algún tipo de pago al sector salud, incluyendo el pago del aseguramiento a partir de las contribuciones parafiscales de los agentes asegurados como también el pago que se realiza del presupuesto del estado (régimen contributivo y régimen subsidiado, respectivamente).

Debe mencionarse además aquellos pagos que realizan algunos agentes económicos de mayor capacidad de ingreso y que tienen la capacidad económica de adquirir seguros privados (medicina prepagada) o pagos realizados de forma directa con los prestadores de forma particular.

⁵ Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948

Todos estos recursos obtenidos desde diferentes fuentes contribuyen el financiamiento del sistema de salud.

6.6.1.2 Los aseguradores

Representantes del sistema que tienen como misión lograr el aseguramiento de la población, son los que contribuyen con la tercera parte de los pagos a los prestadores de servicio cuando son utilizados por los pacientes o consumidores. Los aseguradores no deben ser señalados, ni convertirse en agentes neutrales de pago, deben desarrollar funciones interiormente en el sistema. En Colombia, esta función la llevan a cabo las EPS (Empresas promotoras de salud), ARS (Administradoras del régimen subsidiado) y los regímenes excluidos.

6.6.1.3 Prestadores de servicio

Hace referencia a las IPS (Instituciones prestadores de salud), los cuales se encargan de la prestación de servicio a los pacientes. Existen públicas y privadas, estos constituyen la oferta de servicios en el sector salud.

6.6.1.4 Proveedores de medicamentos

Esto es esencial e indispensable en el sector salud, mucho peso recae sobre este actor, pues la sujeción de costos por los medicamentos es vital.

6.6.1.5 Pacientes y/o consumidores

Son diferenciados por el tipo de régimen que los cubre, no todos son aportantes directos, para el caso del sector salud colombiano aplica para el régimen contributivo mientras que los afiliados al régimen subsidiado pues se benefician de los recursos del Estado. Los pacientes consumidores componen la demanda del servicio de salud.

6.6.1.6 Agencias estatales

El sector salud colombiano se encuentra formado por agencias encargadas de la estructuración y diseño del mismo, las cuales están encargadas de su regulación estableciendo las normas que hacen que se cumplan los objetivos. Son las encargadas primordialmente de la vigilancia, control, supervisión e inspección de los diferentes agentes y son las encargadas de tomar las medidas correctivas y preventivas.

6.6.2 Objetivos, Principios Y Metas Del Sector Salud En Colombia

El sector salud se puede definir como el mercado en el cual se convienen los servicios de salud, donde existe una demanda por parte de la población y que ofrece una oferta de los médicos y de las IPS (Instituciones prestadoras de servicio), sin embargo existen limitaciones, no se trata simplemente de hablar de demanda, se trata de concertar que todos los habitantes sean demandantes y que se respete el derecho a la salud con calidad en la prestación de dichos servicios. Los objetivos, principios y metas que componen los pilares en los que se basa el sistema de salud, han sido enfocados en aquellos puntos donde es más frágil y por los cuales se ha visto el quebranto de la salud y calidad de vida de los colombianos:

- **Equidad:** igualdad para la población que tiene acceso a los servicios de salud. Vislumbra la gradual provisión de servicios de salud a los habitantes del país, independiente de su capacidad de pago, con un financiamiento especial para la población vulnerable y evitando la selección de riesgos por parte de las entidades aseguradoras mediante un fondo de compensación (Fosyga). Hace además referencia a la equidad en los servicios recibidos, que sean adecuados sin discriminación de ningún tipo.
- **La universalidad:** se refiere a la garantía de la protección social para todas las personas sin discriminación alguna en todas las etapas de la vida.
- **La eficiencia:** Es la mejor utilización de los recursos materiales y el talento humano, pero está mejor utilización se refiere dentro de la práctica de este sistema a la mayor generación de ganancia económica, se convierte en la condición con que las entidades públicas deben autofinanciarse, lo que actualmente ha llevado a la crisis y sus colapsos financieros de los hospitales públicos.
- **La solidaridad:** Habla de la práctica de la mutua ayuda entre todos los sectores (económicos, regiones, comunidades, personas) bajo el principio del más fuerte al más débil; este principio es uno de los más vulnerados en el país.
- **Integralidad:** Hace referencia a la cobertura de todas las eventualidades que afectan la salud, capacidad económica y condiciones de vida de la población.
- **Autonomía de las instituciones:** El SGSSS promueve la especialización institucional como camino para lograr mayores niveles de eficiencia y eficacia. En el caso de las instituciones prestadoras de servicios de salud, se da autonomía de acuerdo con el tamaño y complejidad de las mismas, otorgándoseles personería jurídica, patrimonio propio y

autonomía administrativa.

- **Participación social:** El SGSSS fomenta y crea espacios para la participación ciudadana en la organización y control de las instituciones del SGSSS y del Sistema en su conjunto y, en particular, en la representación de las comunidades en las juntas directivas de las IPS públicas.
- **Concertación:** El SGSSS establece espacios de concertación, en los consejos de seguridad social en salud, entre los actores que hacen parte del Sistema, para su implementación y desarrollo en los ámbitos nacional y territorial. Por su parte, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tiene a su cargo la concertación de elementos de regulación para el SGSSS en todo el territorio nacional.
- **Eficacia y eficiencia económica:** se hace referencia a la optimización de los recursos disponibles en términos de lograr una acertada atención en salud y con una cobertura universal, minimización de costos en la prestación de servicios incluyendo costos administrativos o costos de mejoramientos en cuanto a tecnología se trata, lo cual es vital para este sector.

6.6.3 Conceptos Claves Del Sistema De Salud.

A continuación se relaciona una serie de términos claves para comprender un poco más como se compone el sistema de Salud colombiano y cómo influyen en los diferentes factores que puede favorecer o no el sector.

- **Beneficiarios:** Son las personas afiliadas, que no hacen aporte de cotización,

pertenecientes al grupo familiar del cotizante al sistema, quienes reciben beneficios en salud luego de ser inscritos por su parentesco y/o dependencia económica.

- **Comité técnico científico:** Organismo o junta cuya función primordial es analizar, para su autorización, las solicitudes presentadas por los médicos tratantes de los afiliados, el suministro de medicamentos que están por fuera del listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud (POS). Está conformado por un (1) representante de la EPS, un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), y un (1) representante de los usuarios.
- **Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud:** Organismo de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de carácter permanente, adscrito al Ministerio de la Protección Social.
- **Cotizante:** Las personas, nacionales o extranjeras residentes en Colombia, que por estar vinculadas a través de un contrato de trabajo, ser servidores públicos, pensionados o jubilados o trabajadores independientes con capacidad de pago, aportan parte de los ingresos para recibir los beneficios del sistema de salud.
- **Entidades promotoras de salud:** Son las entidades responsables de la afiliación, registro de los usuarios, del recaudo de las cotizaciones y de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Obligatorio, así como de la afiliación, el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía.
- **Empresa social del Estado (ESE):** Es una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, cuyo objeto es la prestación de servicios de salud.

- **Fondo de solidaridad y garantía:** Es una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social que se manejará por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, de conformidad con lo establecido en el Estatuto General de la Contratación de la Administración Pública (Ley 80 de 1993), compuesto por cuatro (4) subcuentas a saber: Compensación, Solidaridad, Promoción de la salud y Enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito. Tiene por objeto garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del Sistema General de seguridad Social en Salud, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y demás funciones complementarias señaladas en la ley.
- **Instituciones prestadoras de salud (IPS):** Son entidades oficiales, privadas, mixtas, comunitarias o solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los habitantes del territorio colombiano. Pueden ser clínicas, hospitales, centros de salud, grupos de profesionales que ofrecen un servicio, instituciones de rehabilitación, consultorios, entre otros.
- **Plan obligatorio de salud (POS):** Son los servicios de salud determinados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a que tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Régimen Contributivo:** Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias con capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través de un aporte o cotización.
- **Régimen Subsidiado:** Conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad de Seguridad social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos

fiscales o de solidaridad. Este régimen fue creado con el propósito de financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de pago de cotizar.

- **Regímenes de excepción:** Son los sistemas de salud, que por decisión del legislador, cuentan con unas normas y una administración para la prestación de los servicios de salud diferente a sus beneficiarios diferente a la establecida para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Registro especial de prestadores de servicios de salud:** Base de datos de Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados.
- **Sistema de selección de beneficiarios de programas sociales:** índice que toma valores entre 0 a 100, donde 0 corresponde a la población más pobre. Este índice se divide en seis niveles, de 1 a 6, para agrupar a los individuos según niveles de ingresos.
- **Sistema general de seguridad social en salud:** Es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias que menoscaban la salud de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y colectivo.

✓ **ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL**

Los servicios de salud estaban a cargo del Estado, su cobertura fue extensa al no haber restricciones para acceder a este servicio. El sistema de salud colombiano lo constituían tres pilares; el primero: el sistema de seguridad social, segundo: el sector público y tercero: el sector privado. Dicho sistema estaba compuesto por tres cajas de previsión social (CPS): Instituto de seguros sociales (ISS) y la caja de previsión social (Cajanal) y las cajas de compensación familiar (CCF) entidades privadas financiadas por un impuesto a la nómina que ofrecen aun servicios de recreación, educación, salud a trabajadores y sus familias. El sector público se encontraba conformado por centros de salud y hospitales eran los encargados de brindarles atención a las personas que no tenían seguridad social.

El sistema privado prestaba sus servicios a la población con altos ingresos conformado por entidades privadas, entre ellas medicina prepagada. Cada sector contaba con su forma de financiación, la seguridad social el ISS se financió con el 7% de los ingresos laborales de los trabajadores la cual daba acceso al sistema al afiliado pero no a su vínculo familiar en algunos casos se debía realizar aportes adicionales para permitir disfrutar del servicio pleno para su familia. Una de las limitantes de acceso a los servicios de salud estaba en las altas tarifas que las entidades cobraban a quienes hacían uso de sus servicios.

Sin embargo la situación administrativa de los hospitales en ese entonces no se acoplaba a los principios de eficiencia y eficacia en el manejo de los recursos, se limitaban a cumplir la función médica, los costos del personal asistencial y médico estaban a cargo de los

entes territoriales.

El sector público en salud se clasificaba por niveles de complejidad y dependían financieramente del ministerio de salud y los departamentos. Su eje central de recursos obedecía a la participación del recaudo de impuestos nacionales destinados a financiar ciertos gastos en salud y educación, para destinar estos recursos se tomaban en cuenta variables como población y pobreza. Otras fuentes de recursos correspondían a los impuestos de tabaco, licor y juegos de azar. Los recursos eran girados de forma tardía pero mientras tanto se sufría de déficit y no solo se veían afectados los usuarios sino también los trabajadores del sector salud y sus proveedores tanto de bienes como de servicios, lo que aboco en cierre de hospitales públicos, desaparición de la ISS y Cajanal, todo ello producto de una desmedida incremento de deudas, traducidos en déficit y por la incursión latente del sector privado, con una filosofía más de mayor eficiencia pero más especulación y dividendos.

Como resultado y a partir del contexto anterior las propuestas de reforma tuvieron como fuente fundamental dos perspectivas como lo describe anteriormente Granados Ramón, (2002), una vision neoclasica liberal, que permitio argumentos como la competencia, el mercado de la salud y la eficiencia de las instituciones en la reduccion del gasto (con un eje de sostenibilidad financiera) y la vision igualitarista y de elevacion a la salud como un derecho fundamental.

6.7 Los problemas de la salud colombiana.

El sistema de salud contaba con una cobertura muy baja para la población, cerca del 70% no estaba cubierta como lo describe (Posada, Botero, Zuleta, Goodman, & Arias, 1991)⁶; y como se nombró anteriormente los recursos financieros del sector público y adicional la red hospitalaria era ineficientes. Según (Morales, 1997) dichos recursos eran asignados por medio de presupuestos históricos los cuales no eran sustentados bajo las premisas del volumen de usuarios ni con la calidad de los servicios ofertados, tal como se refleja en el cuadro.

Tabla 6-IV Cobertura de seguridad social 1990

MODO DE AFILIACIÓN	POBLACIÓN	% DE LA POBLACIÓN
	CUBIERTA	TOTAL
Afiliados al ISS	2.724.340	8,30%
Afiliados a la Caja Nacional de Previsión	228.074	0,70%
Afiliados a otras entidades de Seguridad Social	523.646	1,60%
Beneficiarios ISS	4.704.274	14,30%
Beneficiarios otras entidades de Seguridad Social	2.181.238	6,60%
Total	10.361.572	31,40%

Fuente: Posada et. al. (Arias 1991)

La desigualdad siempre ha existido en este sector. De ahí que (Molina & Giedión, 1993) sustentan que el 12% de las hospitalizaciones y el 20% de las cirugías adelantadas que debían dirigirse a la población pobre, fueron recibidos por el 20% más rico de la población. El principio de solidaridad no hizo presencia por esta época ni en el sector público ni en el privado,

⁶ Sostenibilidad y reforma al Sistema de seguridad social en salud. Gerencia y Políticas de Salud, págs. 234-245.

la población sin protección del sistema pasaba desapercibida y no se mostraba ningún interés por realizarles la respectiva cobertura (característica social de las modificaciones normativas).

(Londoño, 2003) recuerda los agudos problemas a los que se enfrentaba la administración de la salud antes de la Ley 100 del 93:

"En términos generales, la reducida cobertura y el alto costo de los servicios para los sectores más pobres de la población eran esencialmente el resultado de la ineficacia e inequidad general del sistema público de salud. El Ministerio de Salud se concentraba en el financiamiento directo y en la administración de un sistema de hospitales de atención secundaria y terciaria, pero estas instituciones tenían una tasa de ocupación de menos del 50 por ciento y unos niveles muy bajos de productividad".

Y continúa diciendo que:

“Alrededor del 40 por ciento de los subsidios oficiales para los hospitales públicos beneficiaban al 50 por ciento más próspero de la población”⁷

De modo que la implementación de la Ley 100 del 93 tuvo las bondades de salvaguardar la población desprotegida y brindar mayor cobertura, que no implica de ninguna manera calidad, pero que si determina un avance en comparación con el viejo sistema asistencialista-burocratizado en términos de ampliar el espectro de atención de la población y de

⁷ Londoño J. L. (2003) Servicios de salud en América Latina y Asia Instituto interamericano para el Desarrollo Social - BID. Washington. Pág. 152.

movilidad.

6.8 Motivaciones sociales, económicas y políticas que tuvo el proyecto de ley 100 del 93.

Los elementos que a continuación se listan, fueron tenidos en cuenta para plantear una drástica reforma para el sistema de salud:

- **Mejorar la calidad del servicio:** Se buscaba como primera medida garantizar la cobertura universal de la población colombiana y desaparecer el sector público y privado y darle paso a los regímenes subsidiado y contributivo. Implica con ello el uso de las UPC (Unidades de pagos de capitación) para que así cada compañía de aseguramiento recibiera una entrada de dinero por recursos del afiliado y así excluir la competencia por producto y precio.
- **IPS:** al plantear la cobertura universal y una vez eliminados los subsidios al suspender el servicio público de salud, se obligarían a las IPS competir con calidad en sus servicios y precios, para así las compañías de aseguramiento tendrían a libre elección cual IPS contratar para ofrecerles el servicios a sus afiliados.
- **Regulación de competencia:** promover una limpia competencia impulsados siempre en la calidad y eficiencia del servicio. Para esto era necesario que el Gobierno mostrara de manera limpia y transparente información a la población.
- **Financiamiento:** buscando primar la solidaridad en el sector salud, usuarios pertenecientes al RC deberían aportar un punto y medio de cotización para la financiación del RS.

Pero además se sustentaron también en la visión neoclásica liberal y la visión igualitarista lo que nos arroja elementos para la caracterización social y económica, la social en cuanto a la ampliación de la cobertura y el aumento de la movilidad de la población al sistema y el económico en cuanto a la libre competencia y el marco de estabilización financiera.

6.9 Efectos representativos de la implementación de la Ley 100 del 93.

En los años 90' los países de Latinoamérica esperaban con ansiedad una gran reforma que cambiara drásticamente la situación del sector salud, la cual ampliara considerablemente la cobertura y extendiera su portafolio de servicios mediante un buen paquete básico.

La ley 100 del 93 pretendió darle credibilidad y afianzamiento básicamente a tres principios fundamentales para la aceptación del sistema: Eficiencia, Universalidad y Solidaridad; se basó en tres usos de recursos: aseguramiento individual, atención a vinculados y salud pública. La funcionalidad del sistema por parte de la representación de la población según disposición de pago se establecieron dos regímenes: contributivo y subsidiado; el precepto del régimen subsidiado consta de que esté conformado por personas con un bajo nivel de ingresos monetarios, el departamento de planeación creó en el año 1993 el sistema de selección de beneficiarios de programas sociales (SISBEN), encargado de clasificar la población según las condiciones de vida y así permitir la elección de los beneficiarios a los programas establecidos por el estado, identificado así a los habitantes de niveles 1 y 2 del Sisben para acceder al régimen subsidiado y obtener así gratuitamente el servicio de salud que cubre una gran cantidad de servicios establecidos para este régimen. De igual forma el régimen contributivo tienen acceso las personas

con capacidad de pago que tienen un nivel de Sisben superior a 3, podríamos indicar concretamente las personas con un contrato laboral, jubilados, pensionados, los servidores públicos y trabajadores independientes con capacidad de pago.

De igual manera el plan obligatorio de salud (POS) estableció un paquete de beneficios nombrado como plan integral de protección a la salud, definido por el artículo 156 de la ley 100 del 93 como atención preventiva, médica, quirúrgica y medicamentos esenciales.

Adicionalmente en el año 2006 se creó para personas con capacidad de pago limitada el régimen de subsidio parcial, con un plan de beneficios menor que el de los 2 dos regímenes. Adicional esta misma ley divisó la permanencia de regímenes especiales como los empleados de Ecopetrol, Fuerzas Armadas, Ferrovías, Magisterio, Banco de la República y Policía Nacional, así como también los planes complementarios o de medicina prepagada que contienen mayores servicios que el POS pero que a cambio existen mayores costos y como requisito indispensable se debe tener afiliación a una EPS.

Se estableció de manera adicional, una prestación de servicios de salud para cada municipio nombrada PAB (Plan de atención básica), acopiando un conjunto de acciones de vigilancia promoción y prevención de la salud pública. Los responsable de poner en marcha el PAB serían los alcaldes de los municipios y están compuesto por 5 elementos: 1. promoción de la salud sexual y reproductiva, 2. promoción de la enfermedad (vacunación), 3. Vigilancia en salud pública (vigilancia a la mortalidad evitable), 4. Gestión en salud ambiental (tratamiento y disposición de residuos líquidos y sólidos), y 5. Gestión (planes para administrar de manera

eficiente los recursos).⁸

La ley 100 del 93 básicamente comisionó a tres entidades la prestación y administración de los servicios de salud: EPS, ARS e IPS.

Las EPS encargadas de garantizar la prestación de los servicios de salud contenidos del POS y del recaudo de las cotizaciones del régimen contributivo dirigiendo estos a la subcuenta del FOSYGA (Fondo de solidaridad y Garantía), organismo encargado de administrar la financiación del SGSSS administrando las cotizaciones de los afiliados a las EPS, y garantizando la compensación entre pobladores sin discriminación alguna. Las EPS recibieron a partir de entonces por parte del FOSYGA el pago per cápita (UPC) por afiliado (cada afiliado representa una UPC), apoderado de hacer la intermediación entre oferta y demanda de los servicios del sector, de cierta forma actuando como acomodador de todo el sistema de salud. Administrando los recursos recibidos por medio de subcuentas como:

- Subcuenta de compensación del régimen contributivo donde se concentran los recursos por concepto de contribuciones de los afiliados a este régimen. Dicho dinero es recogido por la EPS, posteriormente enviado a la subcuenta para así ser devuelto proporcionalmente a la cantidad de afiliados.
- Subcuenta de solidaridad del régimen subsidiado, el cual meje los fondos de dicho régimen, su gran propósito es velar por la oportunidad e integridad del recaudo de los recursos que aportan los actores del sistema.
- Subcuenta para la Promoción de la salud, destino de los recursos generados por el

⁸ Ministerio de Salud, Resolución 4288, Art. 3 de 1999

régimen contributivo, entidades territoriales y del presupuesto general de la Nación que destinan para todas aquellas actividades de salud pública.

- Subcuenta de accidentes de tránsito y riesgos catastróficos, recursos que derivan de entidades aseguradoras.

6.9.1 Agentes de regulación del sistema.

La regulación, direccionamiento y vigilancia del sector salud del país a partir de dicho momento quedó en manos de los siguientes actores:

- **CNSSS (Consejo Nacional de seguridad social en salud):** es un órgano de dirección del sistema adscrito al Ministerio de Protección Social, creado por el artículo 171 de la ley 100 del 93 de 1993, cuyas características fundamentales se encuentran previstas en el Acuerdo 31 de 1996, por el cual se adoptó el reglamento de este órgano⁹ es el máximo organismos de dirección y regulación del sistema de salud y entre sus objetivos más claros está establecer el Pos de los regímenes, construir criterios de selección de la población del régimen subsidiado, definir el valor de UPC e instaurar el pago que debe realizar las EPS por incapacidades, licencias de maternidad, entre otras.

- **MPS (Ministerio de protección social):** El Ministerio de Salud y Protección Social tiene como objetivos formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud, y participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos profesionales, lo cual se desarrollará a través de la

⁹ Biblioteca virtual de derecho, economía y ciencias sociales

institucionalidad que comprende el sector administrativo. Igualmente dirigirá, orientará, coordinará y evaluará el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales, en lo de su competencia, adicionalmente formulará establecerá y definirá los lineamientos relacionados a con los sistemas de información de la Protección Social¹⁰

- **Superintendencia nacional de salud:** Organismo adscrito al Ministerio de protección social. Dicha institución se encarga de supervisar el cumplimiento de toda la reglamentación que rigen las entidades del sector salud. Está facultada para instaurar multas y emitir suspensiones a entidades que no cumplan con los requisitos de habilitación de entidades del sector e igualmente ejecutar las medidas correctivas correspondientes y resolver administrativamente las desigualdades que se presenten incluyendo reclamos del sector.

6.9.2 Temas financieros

Para lograr el financiamiento de los recursos del sector, existen además de los mencionados anteriormente, tres factores principales:

- **Aportes de beneficiarios del régimen contributivo:** impuestos de nómina correspondiente actualmente al 12.5 % del salario, con tope de ingreso base de cotización de 20 SMMLV, los trabajadores independientes cotizan sobre el 40% de su IBC, adicionalmente están los recursos recaudados por las EPS y transportados al FOSYGA,

¹⁰ <http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Paginas/objetivosFunciones.aspx>

lugar donde son distribuidos según los usos definidos, 1,5 puntos porcentuales de los aportes se destinan a la subcuenta de solidaridad del RS, otro porcentaje (definido cada año) se dirige a la cuenta de salud pública (para campañas de educación, prevención y vacunación) y el resto de las cotizaciones se destinan a la cuenta de compensación del RC, descontando lo que se usa para administración por parte de las EPS. Los recursos que son destinados a financiar al RS van acompañados por aportes del PGN, ya sea como *pari passu*¹¹ o como aportes autónomos del Gobierno Nacional¹²

- **Impuestos varios:** donde la mayor parte de estos recursos (24.5%) se trasfiere a las regiones a través del Sistema General de Participaciones (SGP), pues según lo establecido por la ley 715 del 2001 debe ser transferido este porcentaje al sector salud. Dichos recursos se transfieren directamente en forma de subsidios al régimen subsidiado, a la salud pública IPS. Existen también aportes del Gobierno Nacional destinados a cubrir el régimen subsidiado por medio de la cuenta de solidaridad del FOSYGA y a pagar a las IPS por la prestación de servicios a los vinculados.

- **Rentas territoriales:** Correspondientes a recursos propios de los departamentos y municipios de acuerdo a las capacidades de cada ente. Otro de sus componentes básicos lo conforman los impuestos a la venta de licores, loterías, tabacos y utilidades de sorteo y apuestas y otros.

Las cuotas moderadoras y copagos son otra fuente de recursos, creada especialmente para racionalizar el uso de los servicios de salud y la recaudación de dinero para inyecta al

¹¹ Como forma de financiación del régimen subsidiado, la Ley 100 de 1993 estableció un esquema de *pari-passu* entre los recursos de solidaridad del régimen contributivo y unos aportes de gobierno. El gobierno se comprometía a dar un peso por cada peso recaudado por la vía de la solidaridad

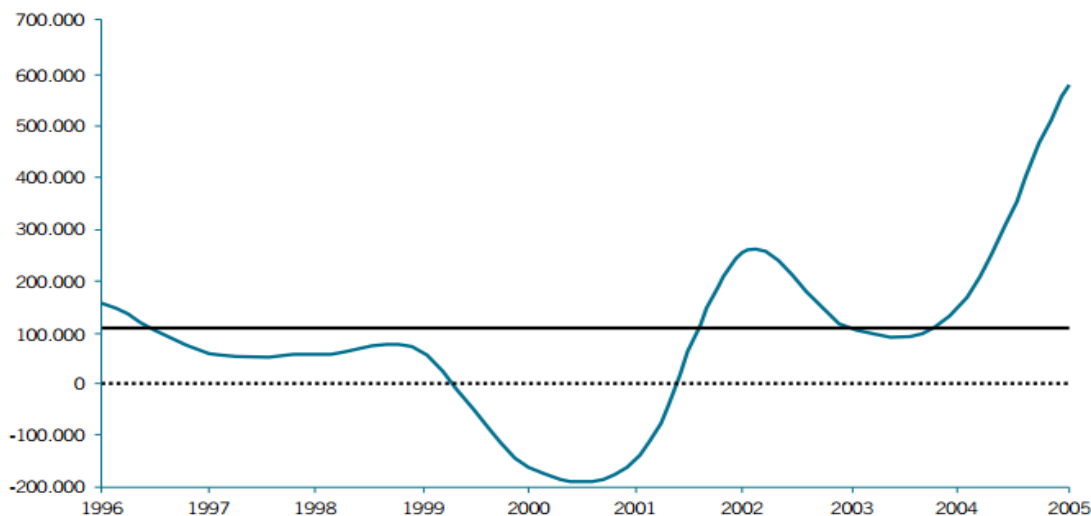
¹² La ley 100 establecía que el Gobierno Nacional debía alimentar el FOSYGA con una contribución de hasta el monto que se recaudaba con el punto de solidaridad (este es el *pari-passu*)

sistema de manera propia.

Se debe nombrar además otras fuentes de financiación que se utilizan para abastecer los subsidios a la demanda, como los recursos de las cajas de compensación y rendimientos obtenidos de años atrás. Pero además otros recursos como los impuestos a vehículos, encargados de suplir otros eventos de tipo catastrófico, atentados terroristas y accidentes, dichos recursos son entregados a la subcuenta ECAT¹³ del FOSYGA que favorecen a la red de hospitales públicos.

Podemos afirmar que el régimen contributivo se financia con sus aportes y el régimen subsidiado solo paga copagos en el momento de hacer uso de servicios médicos para el periodo 2004 al 2014.

Figura 6-1 Compensación del RC (1996-2005).
SALDO DE COMPENSACIÓN EN EL RC, 1996-2005
(Millones de pesos a precios constantes de 2005)



Fuente: Grupo de Economía de la Salud-GES (2006). “Resultados financieros del seguro público de salud en Colombia 1996-2005”. Observatorios de la Seguridad Social. Universidad de Antioquia. Medellín¹⁴.

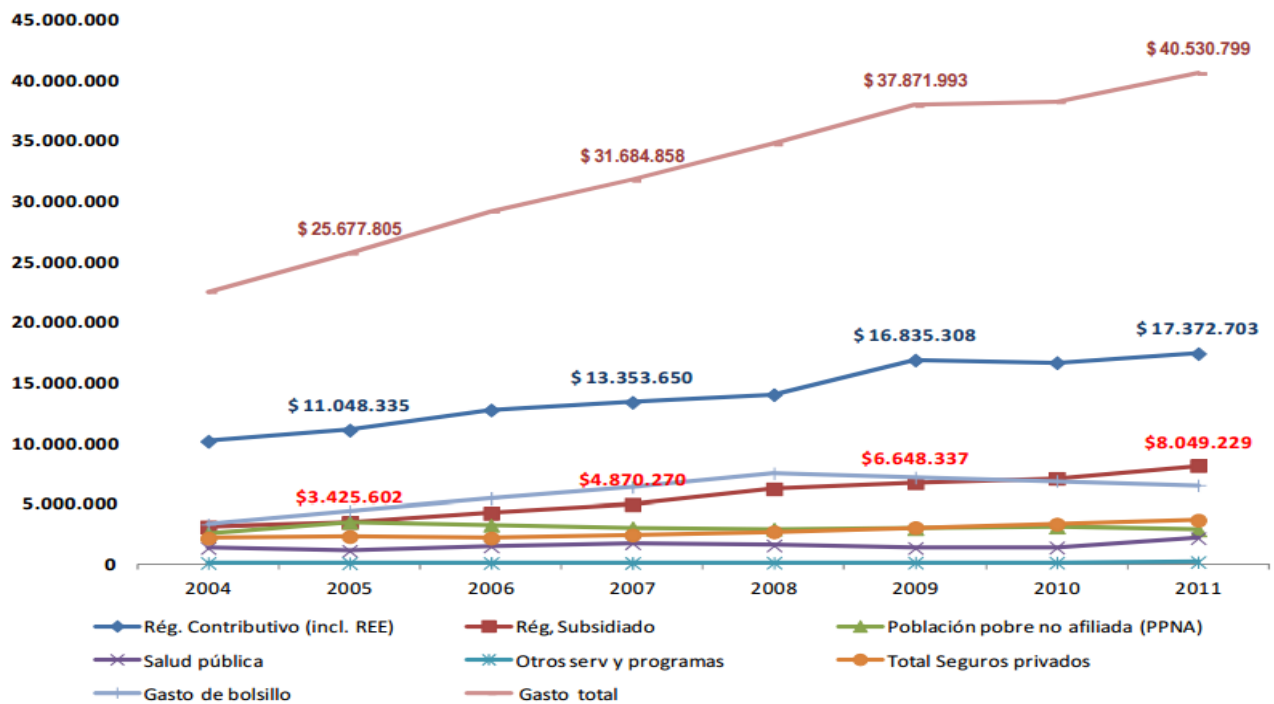
¹³ Subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito.

¹⁴ La línea horizontal continua representa el valor promedio para el período (\$113.927 millones de pesos), y la línea

Esto se refleja en el Gráfico (Figura 6-4), donde el saldo de compensación que realiza el Fosyga, a través de la subcuenta de compensación del RC a las EPS, fue negativo para el período más profundo de la crisis y sus años posteriores (1998-2001).

Por otro lado y tomando los resultados del gasto total en salud, se puede observar que existen presiones y tendencias crecientes, impulsados a su vez por las políticas del gobierno hacia un aumento de la cobertura y que mantiene el aumento del gasto en el sector, por un lado las políticas de formalización laboral que encarecen los costos de producción y por otro el aumento de la cobertura de la población de estratificación baja que se representan en el régimen subsidiado.

Figura 6-2 Gasto Total de Salud (2004-2011).
Gasto total en salud y sus componentes 2004-2011
 (En millones de pesos constantes de 2011)



Fuente: Cifras Financieras del Sector Salud, Boletín Bimestral N° 2, Enero- Febrero de 2014.

discontinua representa el saldo neutro.

El gasto Total toma una línea en ascenso impulsada por el Régimen contributivo y subsidiado debido a las presiones anteriormente descritas. De aquí que el sector salud si bien ha tenido una evolución financiera también ha tenido frenos como los descritos por (Restrepo, 2006) y que muestran un descenso del gasto público en salud calculado en 3,54 billones para el 2006, pero que si se miran a precios del 2006 en el año 2015 la reducción para el sector salud por transferencias es calculado por los autores en 15,3 billones de pesos.

Tabla 6-V Transferencias Para Salud.

BILLONES DE PESOS DE 2006

	SALUD LEY 60 (1)	SGP (2)	DIFERENCIA (2)-(1)
2002	3,66	3,48	-0,18
2003	3,77	3,56	-0,21
2004	4,31	3,66	-0,65
2005	4,83	3,76	-1,07
2006	5,29	3,86	-1,43
SUBTOTAL	21,86	18,32	-3,54
2007	5,59	4	-1,6
2008	5,94	4,11	1,83
SUBTOTAL	33,39	26,43	-6,97
2009	6,35	5,13	-1,22
2010	6,66	5,53	-1,13
2011	6,98	5,88	-1,10
2012	7,32	6,22	-1,10
2013	7,67	6,55	-1,12
2014	8,05	6,87	-1,17
2015	8,44	7,21	-1,23
TOTAL	84,86	69,82	-15,04

Fuente: DTN-Ministerio de Hacienda. Cálculos por Darío I. Restrepo, Erick Céspedes y Federico Baquero.

De modo que el panorama financiero para la salud en Colombia si bien ha crecido

también ha tenido límites por medio de reformas como la ejemplificada por el Acto Legislativo 01 del 2001 o la reforma a las transferencias que reformó y suprimió la aplicabilidad de la Ley 60 del 93. Es acá donde nace el Sistema General de Participación que como se evidenció en la tabla anterior desmejoró la destinación de recursos por parte de la Nación.

7. RESULTADOS

7.1 Características y evolución del SGSSS Colombiano.

Muchos aseguran que el sistema de seguridad social en salud en Colombia ha atravesado los últimos 10 años (2004-2014) por la más dura crisis, pero otros tantos atestiguan identificar una notable mejoría. En este capítulo encontrarán los cambios positivos que alcanzó el país gracias a la reforma (ley 100 del 93), como también se revisará los quebrantos más marcados que posee el actual sistema de salud.

7.2 Crecimiento del sistema.

El sistema de seguridad social ha evolucionado a pasos agigantados, su dinamismo se ha ejecutado a partir de la constitución de 1991 cuando el derecho a la salud se convirtió jurídicamente hablando en uno de los derechos fundamentales de gran prioridad en la población colombiana; es un sistema de difícil manejo; donde participan activamente diversos actores, varios mercados y se encuentra sujeto a las adaptaciones de las innovaciones tecnológicas y a las cuales debe competir a los cambios que presente la población y los cambios epidemiológicos.

Podemos señalar que el sistema ha atravesado por dos importantes y significativas reformas, la denominada “Sistema Nacional de Salud” desarrollada por decretos del año 1976 en la ejecución de la reforma constitucional de 1968 y la gran reforma de 1993 bajo los lineamientos de la ley 100 del 93 la cual se ha ido modificado según las diferentes normas, leyes, decretos y resoluciones intentando buscar un punto de equilibrio entre la calidad de servicios, sostenibilidad financiera y satisfacción de los usuarios; sin olvidar la ley 1607 de 2012 “Reforma tributaria” la cual modificó la contribución por parte de los empleadores, eliminando a partir del 1 de enero de 2014 los aportes que estos hacen por los empleados que devenguen menos de 10 salarios mínimos mensuales. Para reemplazar estos recursos, esta Ley crea el Impuesto para la Equidad (CREE), que corresponde al 8% de las utilidades, de los cuales un 55% del recaudo será destinado específicamente al SGSSS. Para los empleados que devenguen 10 salarios mínimos mensuales o más, los aportes del empleador para la salud continúan siendo del 8,5% del salario total devengado por el empleado.¹⁵

Todas las reestructuraciones que ha sufrido el sistema han traído avances significativos para SGSSS y para la población colombiana, a continuación se muestran los progresos reflejados para seguidamente establecer los problemas más marcados del sistema.

7.2.1 Ampliación de cobertura.

El siguiente cuadro muestra en cifras la cantidad de población afiliada al sistema de salud. El porcentaje de población asegurada al sector ha ido en aumento pasando de un 63.14%

¹⁵ La Ley también establece que para los años 2013, 2014 y 2015 la tarifa del CREE será del 9% sobre las utilidades, el 30% de este punto adicional se destinará a la nivelación de la UPC del régimen subsidiado según lo dispuesto por la Corte Constitucional, como se explicará más adelante.

de población asegurada en el año 2004 a un 91.37% en el año 2013 (Tabla 7-I) esta tendencia positiva se debe en gran medida al régimen subsidiado siempre ha sido superior a los afiliados al régimen contributivo¹⁶, esta cifra ha aumentado progresivamente, la ampliación de número de afiliados al régimen contributivo no ha sido trascendental, sin embargo para el año 2012 el 92.2% de la población estaba cubierta por el sistema general de seguridad social.

En los primeros años de marcha de la reforma de la ley 100 del 93, el crecimiento correspondió al RC, sin embargo desde el 2004 el crecimiento estuvo a cargo del RS, pues se impulsó la afiliación este último régimen.

Tabla 7-I Histórico de cobertura en afiliación salud

AÑO	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	TOTAL GENERAL	DANE (Estimación y proyección)	Cobertura %
2004	11.199.073	15.553.474	26.752.547	42.368.489	63,14
2005	14.270.698	18.438.013	32.708.711	42.888.592	76,26
2006	17.996.635	20.125.263	38.121.898	43.405.956	87,83
2007	17.423.153	21.606.812	39.029.965	43.926.929	88,85
2008	18.405.579	23.601.000	42.006.579	44.451.147	94,50
2009	18.046.744	23.373.913	41.420.657	44.978.832	92,09
2010	18.462.916	21.840.891	40.303.807	45.509.584	88,56
2011	19.620.393	22.295.140	41.915.533	46.044.601	91,03

Fuente: (BDUA Régimen Contributivo - oficina TIC Ministerio de Salud y Protección social, 2014)

¹⁶ De acuerdo con la información avalada por el Ministerio de Salud y Protección Social y reportada por el Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud, FOSYGA, al 12 de agosto de 2013, la población afiliada a los distintos regímenes en salud, alcanzó en Colombia los 42.651.895 personas; sin contar con la población pobre no asegurada, la cual se estimó para el año 2012, en un 7,97 %. Según el DANE, en el documento “ESTIMACIONES DE POBLACIÓN 1985 - 2005 Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2005 – 2020, TOTAL DEPARTAMENTAL POR ÁREA” la cifra poblacional total a nivel nacional se estima para el año 2013 en 47.121.089 de personas.

Todo esto tuvo medidas como la ley 797 del 2003 donde se obligó a cotizar a todos los que se encuentren vinculados laboralmente por medio de un contrato de trabajo y la ley 1250 de 2008 la cual permitió realizar la cotización únicamente de salud a trabajadores independientes de bajos ingresos¹⁷ debieron haber influenciado para aumentar las cifras de porcentaje de afiliados al régimen contributivo en los últimos años 4 años y lograr un alcance sin nivelarlo con el régimen subsidiado.

El sistema actual ha dado un gran cubrimiento a la población, de tal forma que todas las personas tienen la opción de hacer parte del sistema de salud colombiano.

7.2.2 Mejoramiento de la Salud

Estudios han afirmado que la salud de los colombianos ha mejorado. El reciente estudio realizado por la universidad Javeriana por el departamento de Epidemiología clínica y bioestadística “Estudio la salud en Colombia 1953-2013”, muestra claramente como la esperanza de vida de los colombianos ha aumentado considerablemente, para 1953 un colombiano tenía al nacer una esperanza de vida de 52 años ahora un colombiano nacido en el año 2013 tiene probabilidades de llegar a los 74 años. El estudio tuvo en cuenta las siguientes variables determinantes en la evolución de la salud en Colombia: La mortalidad infantil, mortalidad

¹⁷ **Artículo 2 ley 1250 de 2008:** Las personas cuyos ingresos mensuales sean inferiores o iguales a un (1) salario mínimo legal mensual, que registren dicho ingreso conforme al procedimiento que para el efecto determine el Gobierno Nacional, no estarán obligados a cotizar para el Sistema General de Pensiones durante los próximos 3 años a partir de la vigencia de la presente ley, no obstante de lo dispuesto en este párrafo, quienes voluntariamente decidan cotizar al sistema general de pensiones podrán hacerlo.

materna, trauma y violencia (homicidios, accidentes de tránsito y suicidio, enfermedades crónicas - cáncer, diabetes, infarto, enfermedad renal-, enfermedades cerebrovasculares, VIH/sida y tuberculosis. Este cambio demográfico obedece a numerosos factores que se asocian con longevidad y con mortalidad, incluyen medidas de salubridad pública, acceso a agua potable, nutrición y mejores niveles de educación, entre otros.

Según (Trujillo , Portillo , & Vernon, 2005), las personas afiliadas a algún régimen de salud, hacen un mayor uso de los servicios y encontró que las personas afiliadas al régimen subsidiado realizan mayor número de consultas preventivas disminuyendo el número de hospitalizaciones.

Por otra parte, (Gaviria & Palau, 2006), encontraron que los afiliados al régimen subsidiado mostraron aumento de peso de los recién nacidos, así como también la disminución de los casos de embarazos no deseados en los hogares más vulnerables

7.2.3 Acceso al sistema

El acceso a los servicios se incrementó y ha presentados un comportamiento progresivo, marcadamente en los últimos cuatro años (2010-2014), la agregación de nuevas tecnologías ha permitido garantizar la disposición a la población de mayores beneficios en sus regímenes de salud.

Contenido del pos: Existen actualmente diecinueve acuerdos aprobados por el Consejo Nacional De Seguridad Social, donde se han incluido prestaciones de gran necesidad

para el mejoramiento de la salud de los colombianos como medicamentos, procedimientos, servicios. “Nuevo POS” (Acuerdo Número 29 de 2011-Comision de Regulación en Salud)¹⁸.

Tabla 7-II Tecnologías incluidas en el pos

INCLUSIONES AL POS	TOTAL
Dispositivos médicos y procedimientos	5.880
Medicamentos	736
Total	6.616

Fuente: Acuerdo 029 del 2011. Comisión de Regulación en Salud (CRES).

7.2.4 Cambios más representativos¹⁹:

- **2004:** Beneficios para Subsidios Parciales: Atención de alto costo, traumatología y ortopedia, rehabilitación, cobertura integral de gestantes y menor de un año y medicamentos como parte de las atenciones anteriores. Acuerdo 267 Junio/2004.
- **2005:** Stent coronario no recubierto y su inserción, Carga Viral VIH, colposcopia y biopsia de cuello uterino y 16 medicamentos para el tratamiento de enfermedades del alto costo. Acuerdo 282 Enero/2005 Aclaración de cobertura: Cirugías plásticas con fines reconstructivos funcionales en los casos de cirugías Reparadoras de Seno, tratamiento para paladar hendido y labio figurado, tratamiento para gran quemado. Acuerdo 289 del CNSSS Enero/2005.
- **2006:** Genotipificación VIH (2007, formula Láctea hijos madres con VIH- 6 meses, Microalbuminuria, 12 medicamentos para VIH/Sida y ERC según Guías de atención

¹⁸ Comisión de Regulación en Salud, Acuerdo 29 de 2011 “Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud”, 28 de Diciembre de 2011.

¹⁹ Fuente: Ariza J. Giedion U. Pulido A. Ministerio de la Protección Social. Programa Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. —Hitos Centrales en el diseño, implementación y ajuste del POS. Documento de consultoría. Diciembre de 2007

integral. Tres bifosfonatos para el tratamiento del cáncer. Siete (7) medicamentos destinados a soporte nutricional.

- **2007:** Esterilización masculina o vasectomía. Nueva presentación del medicamento Lopinavir-Ritonvavir: 200+50 mg. Acuerdo 368 Septiembre de 2007.
- **2008:** Cinco Medicamentos anticonceptivos hormonales y condón masculino. Acuerdo 380 de febrero de Servicios ambulatorios especializados para la atención de pacientes con hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 (segundo y tercer nivel de atención). Acuerdo de 2008.
- **2009: POS-2009** contenía 2790 servicios, de los cuales 59,7 % [1 666] eran servicios quirúrgicos, 37,6 % [1 049] eran servicios diagnósticos y terapéuticos y el 2,7 % [75] restante eran servicios de internación, derechos de sala, traslado de pacientes y otros; mientras el total de medicamentos incluidos eran 668.
- **2012: POS-2012** comprende 5 876 servicios, así: 66,9 % [3 929] son quirúrgicos, 32,1 % [1 888] son no quirúrgicos, 0,8 % [50] son servicios de atención de salud hospitalarios y 0,2 % [9] procedimientos e intervenciones sobre la comunidad, su entorno y salud; el total de medicamentos incluidos 736.

- **Ley 1122 Barreras de acceso/ Tiempo de cotización:** El Congreso de la República mediante la ley 1122 de 2007, afirmó los objetivos de la reforma de la siguiente manera:

“...realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios

de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud” ...²⁰

La propuesta sustentada en esta ley eliminó para el régimen subsidiado el pago de cuotas moderadoras para el nivel I, así como también redujo el requisito para tener acceso a servicios de alto costo en relación al tiempo de cotización.

Si bien existen aún luchas jurídicas para el acceso y reconocimiento de más y mejores servicios médicos, a partir de la ley 100 del 93 hubo un incremento gradual de dichos servicios, sin embargo existen presiones de empresas privadas que prestan servicios que no les conviene la aprobación de más elementos dentro del Pos.

7.3 Crisis del Crecimiento.

A nivel general se puede indicar que el sistema ha crecido, tiempo en el cual han surgido diversos cambios, su complejidad en el manejo y aceptación del pueblo colombiano es cada vez más exigente y las soluciones a los inconvenientes presentados han sido muy parciales o temporales mostrándose resultados inefectivos.

Revisando las particularidades del sistema es posible identificar los problemas más marcados que se presentan en el sector salud.

²⁰ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1122 del 9 de enero de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*, No.46.506, Bogotá D.C, 2007. p. 1-24

Tabla 7-III Cobertura frente a Inversión (1994-2000).

EVOLUCION DE LA COBERTURA DEL REGIMEN SUBSIDIADO			
AÑOS	AFILIADOS	AMPLIACION	INVERSION
1994 (1)	579.289		34.757.340.000,00
1995 (2)	4.800.916	729%	506.548.000.000,00
1996 (3)	5.981.774	25%	598.715.000.000,00
1997	7.026.692	17%	747.987.749.003,00
1998	8.527.061	21%	1.119.165.271.291,00
1999	9.325.832	9%	1.245.404.700.000,00
2000	9.510.566	2%	1.241.259.766.330,00

(1) Empresas Solidarias de Salud
(2) EPS Transitoria
(3) ARS

Fuente: Ministerio de salud - CID. Proyecto Régimen Subsidiado 2000

La figura anterior nos muestra la cobertura versus la inversión al régimen subsidiado evidenciando los límites de crecimiento en de la cobertura subsidiada pues los recursos invertidos no causan ya la expansión esperada, causando un embotellamiento financiero del régimen por salvaguardar la cobertura.

7.3.1 Recurso humano

El modelo de atención a sufrido diversos cambios dejando atrás la atención primaria, el médico familiar y las actividades de promoción y prevención, abriendo paso a procesos complejos de alto costo (UCI, medios diagnósticos especializados, urgencias, sub especialistas y entra a jugar otro de las debilidades del sistema de salud colombiano: insuficiencia de recurso humano, sobre todo en ciertas especialidades que donde es más marcado la necesidad de acuerdo

al estudio realizado por Cendex de la Universidad Javeriana se estima que en el 2011 al país le faltaban entre 14.424 a 25.780 médicos generales. En otras palabras, se tienen 77.473 médicos generales pero deberían existir de 91.189 a 103.253 para cubrir la demanda de pacientes en todo el país. El déficit se extiende a los médicos especialistas, porque se tienen 7.872 pero se necesitan de 9.066 a 10.187. Lo mismo sucede con los sub especialistas (médicos con segunda especialización), porque se cuenta con 5.464 pero se requieren entre 6.093 a 6.846, destacándose entre ellas Endocrinología, Pediatría, medicina interna, anestesiología entre otras.

Durante el año 2013, nuevamente la universidad Javeriana entregó un estudio realizado a más de 250 hospitales a nivel nacional donde evaluaron si existía o no un déficit de especialistas de los cuales el 55% respondieron que en algunas ocasiones debían cerrar el servicio por falta de profesionales, haciendo la aclaración que no aplica para todas las especialidades (Asocajas, Pontificia Universidad Javeriana y Cendex - Centro de Proyectos para el Desarrollo, 2011).

Tabla 7-IV Disponibilidad de recurso humano sector salud

TIPOS	CUENTA CON	SE REQUIEREN	FALTARÍAN
MEDICOS GENERALES	77.473	91.897 a 103.253	14.424 a 25.780
MEDICOS INTERNISTAS	2.011	2.217 a 2.491	206 a 480
CIRUJANOS GENERALES	1.442	1.659 a 1.864	217 a 422
PEDIATRIA	2.120	2.329 a 2.617	209 a 497
ANESTECIOLOGOS	1.513	1.998 a 2.245	485 a 732
ORTOPEDISTAS	786	863 a 970	77 a 184

Fuente: Ruíz, F. et al. Recursos humanos de la salud en Colombia: balance, competencias y prospectiva, 2008

7.3.2 Gasto Médico – Tutelas:

El otro factor determinante en el crecimiento de la demanda de servicios sin que hayan crecido a su vez los ingresos al sistema, se evidencia que el gasto médico toma cada vez más fuerza al infundirse de estos ingresos dando como resultado un marcado desequilibrio financiero, así como también el costo médico que juega un papel importante en la puesta en marcha de las reformas. Para (Arias, Paredes, Santos, & Duarte, 2012). “el costo médico ha venido afectando el nivel de riesgo de las aseguradoras y en 2012 se encontraban en un nivel de 93%, lo cual deja apenas un margen de 7% para cubrir gastos administrativos e inversiones. En el 2011 las pérdidas del sector sumaron más de \$146.000 millones, según datos de las EPS afiliadas a Acemi; La pérdida del sector fue de \$153.000 millones”

Adicionalmente la cobertura del Pos y sus beneficios ha ido aumentando en el transcurso de los años, la adición de tecnologías y las exigencias de los usuarios han ido ascendiendo, exigiendo mejoramientos significativos en la prestación y calidad de servicios.

El acuerdo 029 de 2011(Procedimientos y servicios del Plan Obligatorio de Salud) muestra el listado de los 5.880 procedimientos y dispositivos médicos, más 736 medicamentos que incluye el pos; punto determinante que busca la satisfacción de los colombianos, pero que cada vez se requiere ampliar más por las necesidades que se presentan, por la evolución tecnológica, por la presencia de nuevas enfermedades etc., las pretensiones por los cambios jurídicos y políticos derivados gracias a la constitución de 1991 no solo ha marcado el tipo y cantidad de las prestaciones brindadas en el servicio de salud sino que ha llevado a que los usuarios exijan con más autoridad sus derechos que respalda la ley 100 del 93 y se han apoyado

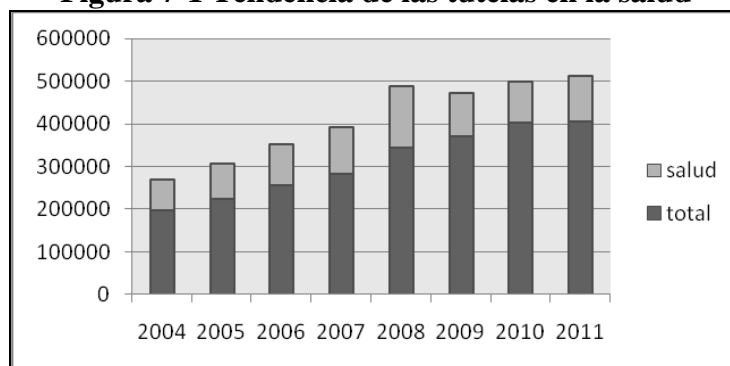
directamente con recursos como la tutela, quejas, reclamos, demandas, derechos de petición que han llevado a aumentar las cifras y que tienen muchas consecuencias económicas y administrativas.

Seguidamente aparece la sentencia C-463 de 2008 donde se crea la figura del CTC (Comité Técnico Científico) resolución 3099 de 2008²¹ y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, autorizados por Comité Técnico-Científico y por fallos de tutela, determinando las funciones, criterios de autorización, procedimiento y excepciones de las decisiones que deben tomar los Comité Técnico-Científico.

A pesar de la implementación del CTC las tutelas que reclamaban los derechos al servicio de salud y todos sus componentes ascendieron aceleradamente, como muestra la Figura 7-1 el aumento de tutelas en el año 2008 marco un punto referencial para obtener un panorama de lo que vivía en esta época de crisis que aunque posteriormente decayó un poco siguió continuamente en crecimiento.

²¹ “Integración de los Comités Técnico-Científicos. Las entidades administradoras de planes de beneficios, integrarán un Comité Técnico-Científico, CTC, que estará conformado por un (1) representante de la entidad administradora de planes de beneficios, según corresponda, un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Salud, IPS, y un (1) representante de los usuarios, que tendrá las funciones que señala la presente resolución”.

Figura 7-1 Tendencia de las tutelas en la salud



Fuente: Defensoría del pueblo: La tutela y el derecho a la salud 2009-2011 años del uso efectivo de la tutela, Bogotá 17 de agosto de 2011.

7.3.3 Limitaciones Presupuestales

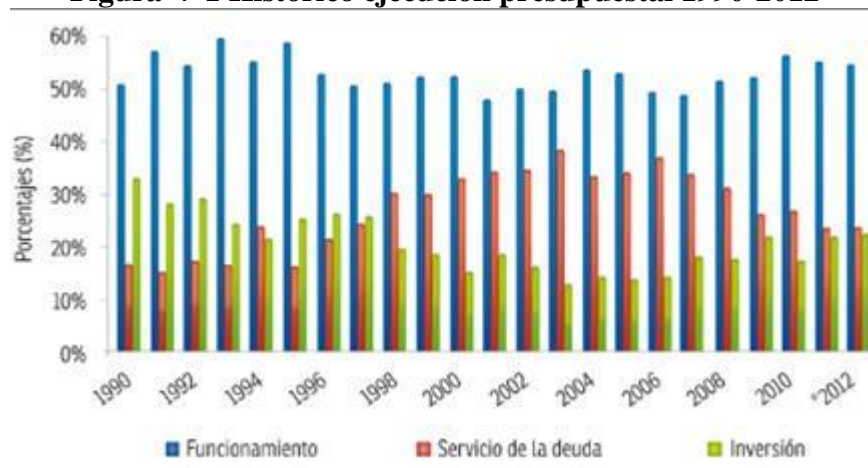
Debido al efecto causado por las diferentes reformas que ha sufrido el sistema de salud a nivel estructural y en el fallido intento de buscar legitimidad política distribuyendo el presupuesto en las regiones donde existen bases electorales de gran importancia se ha determinado el los patrones de gasto del gobierno a partir de los años noventa.

Frente a las restricciones del aumento de los ingresos tributarios, se acude a la deuda como la más clara forma de financiamiento que además de incidir en el déficit fiscal la cual representa una parte significativa del presupuesto. En contraparte se impone restricciones de tipo presupuestal y por supuesto al de la salud como lo descrito en (Restrepo, 2006) y que se calcula para el 2015 en 15,3 billones a precios de 2006.

Los recursos para el sistema de salud se determinan según las prioridades fijadas al presupuesto, que al final es más una decisión política de diversos escenarios sociales. “En 2006, el gasto en servicio de la deuda fue de 36,8 del total del presupuesto, y para 2011 de 23,4. Otro

rasgo de la ejecución es que el servicio de la deuda supera los gastos de inversión, cuyo comportamiento se registra desde 1999; en 2006, el servicio de la deuda representó el 36,8, mientras la inversión significó sólo el 14,1” (Dirección general del presupuesto Público Nacional). Otro componente importante del gasto estatal es el destinado al conflicto armado y el sostenimiento del orden público: Defensa y Policía, según informe de la Dirección General del Presupuesto Público Nacional (Bitácora. Cifras Presupuestales 2000-2012), participó en 2010 con el 22 por ciento y en 2011 con el 21 del total de pagos del gobierno.

Figura 7-1 Histórico ejecución presupuestal 1990-2012



Fuente: (Rodríguez, 2001) basado en la Dirección General del Presupuesto Público Nacional. Subdirección del presupuesto.

Es importante resaltar que además de todas las restricciones presupuestales, el flujo de recursos impacta la prestación y calidad de los servicios de salud a la población. Si se revisa, para el Régimen Subsidiado, entre el momento en que se giran los recursos de alguna fuente de financiación (SGP, Fosyga, Rentas Cedidas, Regalías, ETESA, CCF) y son registradas por la cuenta maestra del municipio y luego transferida a las EPS, transcurren unos 60 días, y para que

las EPS les giren a las IPS pasan 30 días. En total, la mora toma aproximadamente 90 días

Y de esta manera lo evidencia (Jaramillo , 2002), pues “este porcentaje no se ha modificado respecto al diagnóstico realizado en 2001 sobre los procesos del Régimen Subsidiado: "De acuerdo con la relación de pagos de la Nación a los departamentos y municipios para garantizar la cofinanciación de la contratación de 1998-1999, se tiene que la mora promedio de los giros del Fosyga alcanza los 90 días".

Según ACESI (asociación colombiana de empresas sociales del estado y hospitales públicos, estas demoras en la trasferencias indicadas son las que hacen poner en riesgo y atentan contra la calidad del servicio y hace tambalear la existencia de la red pública y hospitales. Son muchos los casos presentados continuamente que reflejan un panorama desconsolador donde es casi un milagro obtener como es debido los servicios de salud.

Si se revisan las cifras de los recursos destinados para el sector salud durante los años 2010 y 2013 en Tabla 7-V se muestran como el total de recursos asignados en el año 2010 (\$27,26) pasó a \$33.99 billones para el año 2013, equivaliendo a un significativo aumento promedio anual de 7.68%; siendo el año 2012 quien muestra un mayor aumento en el total de recursos contribuidos a los rubros por cotizaciones derivados del comportamiento del IBC, el cual ha mantenido su tendencia al aumento del orden del 11.5% promedio por año desde 2002-2012.²²

²² Cifras Financieras del sector salud, Ministerio de Salud y Protección social, boletín bimestral No. 1 noviembre – diciembre 2013

Tabla 7-V Fuentes de recursos del SGSSS 2010-2013 (Millones de pesos constantes 2013=100)

FUENTES	2010	2011	2012	2013	DISTRIBUCIÓN %
Cotizaciones	14.307.930	15.359.455	16.593.468	17.455.344	52,18
Otros ingresos incluye rendimientos financieros	420.802	334.785	1.124.576	443.378	1,87
Cajas de compensación familiar	256.945	483.027	361.616	539.879	1,33
Sistema General de participaciones	5.826.003	5.874.896	6.097.472	6.405.830	19,89
Rentas cedidas y recursos territoriales	1.144.608	1.128.685	1.404.888	1.437.112	4,18
Subcuenta ECAT- FOSYGA	944.167	984.755	907.687	940.744	3,12
Subcuenta de garantías para la salud	-	-	131.785	130.000	0,2
Excedentes financieros	3.235.425	2.536.565	2.915.521	3.794.482	10,22

FOSYGA					
Regalías	387.148	438.290	221.442	234.062	1,08
Otros recursos territoriales - RS	172.050	102.737	83.957	85.882	0,38
Recursos de la Nación	-	847.857	918.755	792.426	2,03
Aportes de la Nación - Subcuenta solidaridad FOSYGA- Compensación de Regalías	571.687	618.437	1.533.807	1.736.303	3,53
Total	27.266.765	28.709.489	32.294.974	33.995.442	100

Fuente: (Dirección de financiamiento sectorial, 2013)

Los límites presupuestales han sido no solo de corte normativo sino además por las presiones gubernamentales y de política para cubrir a toda la población (cobertura), pues causo un aumento de los costos y gastos del sistema sacrificando la calidad en la prestación del servicio.

7.3.4 Barreras De Acceso A Los Servicios De Salud:

Es necesario hablar del concepto de eficiencia y calidad de servicios para puntualizar la promesa institucional de protección a la salud que van de la mano de palabras como seguridad social, derecho a la salud, plan de beneficios, no obstante informes como los obtenidos por la

Defensoría del Pueblo citado anteriormente nos muestran un panorama desconsolador para la población y refleja la situación actual de los actores encargados del manejo del sector y de la clara crisis que sufren los colombianos a costa del mal empleo de los recursos.

Es así como el aseguramiento al régimen contributivo quedó en mano de las EPS, encargadas de realizar las afiliaciones, el recaudo, en condensar los recursos en fondos específicos y la contratación de la prestación de los servicios de salud. Y a pesar de la ampliación de cobertura el aumento de trámites para obtener algún servicio juega un papel contraproducente.

Las estadísticas constantemente tienen problemas de confiabilidad y se prestan para manipulaciones oportunistas. Gracias a las características del sistema de salud actual, el estado ha hecho un gran esfuerzo por ingresar al sistema a toda la población asegurada, pero a pesar de esto permanece serias deficiencias en las bases de datos por duplicidad en los registros y falta de actualización de datos específicamente del régimen subsidiado, por tanto la información los estudios sobre cobertura utilizan datos provenientes de las diferentes en cuentas de hogares como se registra en (Yepes & Ramírez , 2010).

Adicional a esto, se debe evaluar detalladamente el proceso administrativo antes de la atención asistencial, cada día es más preocupante la cantidad de trámites necesarios para conseguir una autorización médica, para solicitar citas médicas y con especialistas y/o algún trámite de verificación de datos, radicación de documentos, la atención asistencial, servicio de urgencias, hospitalizaciones, entre otros, que claramente vulneran el principio de la eficiencia y eficacia y la ley anti tramites.

7.3.5 Inequidad En El Sistema:

La inequidad es uno de los más grandes problemas del sector salud en Colombia, pues a pesar que la inversión ha crecido factores como este ha mantenido un comportamiento inestable. La equidad hace parte de los principios del sistema de seguridad social en salud de acuerdo con lo expuesto por el artículo 153 de la ley 100 del 93 de 1993, posteriormente modificado por el artículo 3 de la ley 1438 de 2011.

La norma indica y define el principio de equidad así: “El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población”.

Con base en esto se puede identificar claramente los componente del concepto de equidad: “ conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.”²³

Por tanto podemos puntualizar que los fines más claros que describen el concepto de

²³ Definición tomada textualmente del Preámbulo de la Ley 100 de 1993

equidad en salud se identifican en como disminuir las diferencias evitables e injustas en las condiciones de salud de la población, para garantizar el acceso a los servicios de salud independientemente de la capacidad de pago y condiciones particulares (Ley 1438 de 2011, art. 3) y limitar el acceso de servicios no pertinentes, según criterios técnico científicos y que conlleven riesgo financiero para el resto de la población por su alto costo.

Estos componentes apuntan a revolver los problemas financieros y económicos que puedan afectar la garantía del derecho a la salud; sin embargo al enunciar el objetivo de la ley de cobertura universal condiciona de entrada la sostenibilidad financiera, la universalidad de aseguramiento y la garantía de prestación de servicios.

7.3.6 Intereses privados y corrupción:

A pesar de la crisis evidenciada en el sector salud, se ha visto cómo sus diferentes actores se ven involucrados en casos de corrupción, existen actualmente múltiples casos de enriquecimiento ilícito, resultado de las intermediaciones financieras que han realizado al sector, personas sin escrúpulos que se aprovechan de las debilidades del sistema para lograr beneficios propios. Además de tratarse de crisis de sostenibilidad existe una clara crisis de justicia con los colombianos. La cantidad de recursos financieros direccionados al sector salud y distribuidos en muchos agentes que intervienen en él, pese a las numerosas normas y el mal manejo de los recursos públicos deja en evidencia lo débil que son los organismos de control y la ineptitud en múltiples casos de la justicia colombiana.

(Karen Hussman, 2013), consultora de Transparencia por Colombia y de Transparencia Internacional afirma que “a nivel de las entidades territoriales, aseguradores y

EPS, la corrupción genera contratación fraudulenta y política, negación de cupos de afiliados, favores políticos en nómina, giros inferiores a los presupuestados y demoras en los pagos. Así mismo, la aparición de afiliados inexistentes, sobrecostos, facturación y recobros fraudulentos. Estos mismos delitos se pueden a dar entre las EPS y las IPS”.

Existe una gran cantidad de quejas y denuncias que vienen y van mostrando ampliamente el estado de la salud en Colombia, pero el reciente caso de intervención por parte de la Supersalud de una de las EPS más grandes de Colombia Salucoop por hacer uso de los recursos de las unidades de pago por capitación UPC, para movimientos diferentes a la atención en salud incluyendo el no pago a proveedores e instituciones de salud IPS, las incongruencias de sus informes contables y financieros etc, son la punta del iceberg.

En el año 2013 el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD y la firma Cifras y Conceptos llevaron a cabo el proyecto “Encuesta sobre sobre riesgos de corrupción en el sector salud en Colombia” (Cifras y Conceptos S.A., 2013), que consistió en la realización de una encuesta que tenía como fin consultar la percepción que tienen los colombianos sobre la corrupción en el sistema. Un total de 375 encuestas arrojaron resultados como:

“El FOSYGA y las EPS son las entidades con la imagen más desfavorable y con los índices más altos en riesgos de corrupción, siendo las instituciones que más daño le hacen al sector salud.

Los 3 eventos de corrupción más visibles para los líderes de opinión del sector salud encuestados son: Recobros de EPS a FOSYGA, clientelismo e ineficiencia en la supervisión de los contratos.

El clientelismo es un riesgo de corrupción reiterativo para la administración de recursos de la salud.

El 59% de los líderes encuestados cuentan con el servicio de medicina prepagada, aun así tienen una mala percepción con respecto a la prestación del servicio de salud. Cartagena es una de las ciudades que peor califica la prestación del servicio de salud.”

La corrupción en el sector es tan compleja y se ven involucrados tantos actores que es complicado definir cuál es más grave o cual afecta más al sector que otra. Los organismos como Procuraduría, Fiscalía y Contraloría deben mejorar su capacidad de control, interés políticos muchas veces se anteponen ante las denuncias e investigaciones establecidas; adicional Superintendencia de salud debe fortalecer su competencia de control pues no ha sido tan eficiente su función en el cumplimiento de las normas, sin embargo existen vacíos para la vigilancia y el uso de los recursos del sector y una exposición de vulneración del derecho fundamental a la salud.

7.3.7 Regulación:

La regulación se convierte en factor fundamental como moderador lo cual involucra según su definición la implementación y evaluación de las condiciones establecidas para su correcto funcionamiento y debida operación del sistema general de seguridad social colombiano. Un sector con tantas deficiencias como los que presenta el sistema de salud, implica que el Estado asuma su regulación como función pública indelegable y lo que por consecuencia demandan un gran compromiso de gestión, liderazgo, planeación y control.

La gran variedad de decretos, circulares y resoluciones establecidas en el sistema crean confusión en la población pues algunos de ellos contradicen afirmaciones, en la Tabla 7-VI se muestran algunas de las problemáticas más relevantes que se presentan en el sector salud. Un claro ejemplo de esta afirmación lo muestra las 630 normas que pretendían la regulación operacional del sistema entre el periodo 1993-2010²⁴.

Tabla 7-VI Problemáticas de la regulación en salud

FUENTES

Modificación permanente de las reglas de juego, siendo temas críticos: Rol de las EPS como entidades de aseguramiento

Complicación de trámites y requisitos para reembolsos de servicios No POS

Falta de claridad de las normas

Contenidos del Plan Obligatorio de Salud y la suficiencia de UPC

Naturaleza de los recursos de la UPC

Ausencia de regulación

Definición del ingreso propio de la EPS

Reglamentación de la Ley 1438 de 2011

Fuente: (ACEMI, 2012)

7.3.8 Debilidad En Control Y Vigilancia

Tradicionalmente los entes encargados de realizar el respectivo control a los prestadores de salud en el país han sido señalados como débiles e inoperativos y aunque

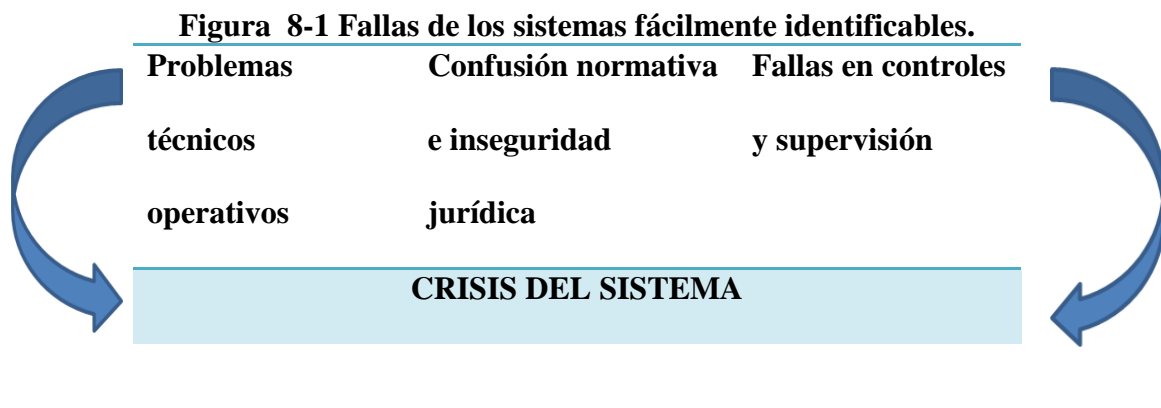
²⁴ Financiamiento del sistema general de seguridad social en salud, seguimiento y control preventivo a las políticas públicas , Ecoe Editores LTDA , 2011

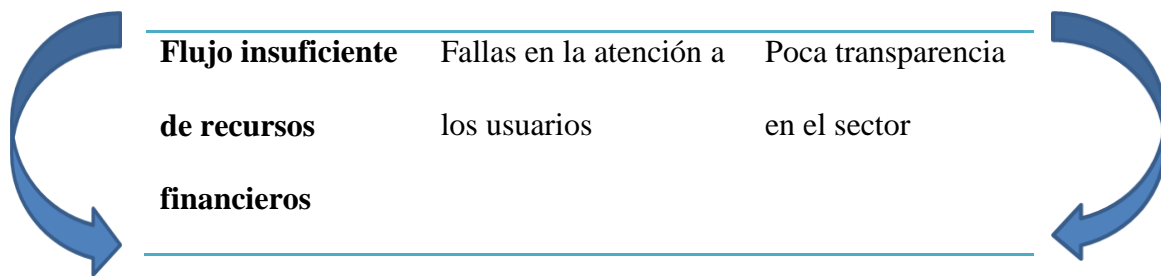
implementar y establecen múltiples normas que deben cumplir los diferentes entes, claramente se identifica su fragilidad al mostrar la fuerza que tienen las fallas presentadas anteriormente (exceso de trámites, gasto desbordado de recursos, corrupción, flujo de recursos, jineteo de fondos, entre otros).

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Luego de identificar plenamente los principales motivos que han llevado a la crisis el sistema podemos plantear mejoras en caso de bosquejar una nueva reforma al sistema de salud colombiano.

El sistema de salud Colombiano debe apuntar a cobijar la estabilidad económica, social, cultural de los colombianos. A través de un sistema de salud solidario que integre la calidad de la atención y la garantía del derecho por parte de los actores que intervienen en el sector; es necesario terminar con la mentalidad y mala fama adquirida en el largo de los años por la mala prestación de servicios donde colisionan todas las fallas identificadas y crean la insatisfacción de toda la población. Pero además es necesario apartar del sistema la especulación económica, que en últimas es la motivante a cambiar el rumbo de los recursos financieros y de inversiones (caso Saludcoop) en aras de la búsqueda de mayor rentabilidad, como si se tratara de buscadores de renta (rent seekers) y mayores beneficios privados, desamparando esa garantía constitucional de derecho fundamental con conexidad al derecho sagrado de la vida.





Fuente: (ACEMI, 2012)

Todo esto en aras de superar las fallas del sistema fácilmente identificables como lo llama (ACEMI, 2012) y de salvaguardar principios como la equidad, la universalidad y lo más importante: la calidad y el humanismo en el servicio.

8.1 Variables para mejoramiento del sector salud.

El sistema solicita una reforma para tratar de subsanar aquellas fallas que llevaron a establecer la crisis del sector. A continuación se relacionan los posibles variables que contribuyen al mejoramiento y estabilidad del sector.

8.2 Problemas Técnicos U Operativos

Fortalecimiento de las funciones de vigilancia y control a cargo de las superintendencia Nacional de salud, con el claro objetivo de sancionar a instituciones, prestadores y actores que no cumplan con las condiciones interpuestas para la óptima prestación de servicio.

Bases de datos confiables con los respectivos direccionamientos para evitar el plagio de información y así evitar la afiliación a régimen subsidiado a población que no clasifica.

En las modificaciones realizadas al POS, consultar con las firmas epidemiológicas y entidades como IPS y EPS las necesidades especiales de los ciudadanos.

Se debe hacer un mayor uso de la información disponible para la toma de decisiones.

Este sistema debe combinar el enfoque de riesgo con los determinantes sociales.

Generar sistema de información y monitoreo de precios de medicamentos e insumos médicos.

La transparencia en la toma de decisiones

8.3 Prestación – Aseguramiento

La ley 1122 de 2007 modificó el proceso de aseguramiento, incluyendo la obligación de resultados en salud y la ley 1438 de 2011 incluyó funciones de salud pública, lo cual logró ampliar el aseguramiento de la población.

- Es necesario eliminar las barreras de acceso al sistema de salud para que toda la población cuente con los mismos derechos y servicios (prestadores y aseguradores) sin discriminación alguna.
- La atención de primer nivel en salud debe enfocarse en los servicios de salud requeridos en los hábitos cotidianos de la población.
- Redes de atención integradas para el cubrimiento total de atención desde el primer a cuarto nivel de atención de complejidad
- Eliminación o modificación de las condiciones del no POS, los casos de prestación para enfermedades de alto costo sea asumido por el Estado y volición de los comités técnicos científicos, que sea la Superintendencia Nacional de Salud la encargada de determinar el proceso de recobros.

8.4 Calidad En Servicio De Salud

- Se deben definir unos estándares mínimos de calidad para garantizar la calidad de los servicios ofertados.
- Hacer evaluaciones independientes en EPS e IPS y la información debe ser pública.
- Creación de incentivos que favorezcan a los prestadores y aseguradores que demuestren mejores programas de prevención y prevención, pueden ayudar a promover la calidad.
- Mejorar la capacidad de los hospitales en la gestión, prestación y logística.
- Las instituciones del sistema deben tramitar los casos de solicitudes interpuestas judicialmente, teniendo en cuenta criterios médicos, costos y beneficios con el respeto al debido proceso y las obligaciones jurídicas nacionales e internacionales sobre el derecho a la salud.
- La tutela debe ser un recurso de excepción, los casos llevados a instancias judiciales deben promover condiciones de tipo procedimental en el sistema de salud

8.5 Financiamiento Y Sostenibilidad

Las deudas presentadas entre los actores del sector (FOSYGA-EPS vs IPS- Proveedores) y la insuficiencia o mal manejo de recursos, ha creado serios problemas de liquidez y pone en duda si en algún momento se podrá obtener la sostenibilidad del sector.

En relación a los problemas financieros ACEMI propone las siguientes posibles soluciones:

“Que se obtengan y ejecuten en el corto plazo soluciones para el pago de los recobros glosados por medio de regulaciones o de mecanismos expeditos de conciliación, y que las deudas reconocidas se paguen directamente a hospitales y proveedores.

- Que mientras se desmonta el sistema de cobros por prestaciones No POS, se reglamenten los procesos de cobros para simplificarlos y los pagos se hagan directamente a prestadores y proveedores
- Que se desarrollen procesos y procedimientos ágiles para establecer el monto de las deudas, su reconocimiento y pago, y se definan los criterios para glosar cuentas, estableciendo instancias efectivas de arbitraje cuando se presenten diferencias entre los operadores.
- Que se adopte una política de medicamentos en la cual se incluyan los topes máximos a los precios de estos, aplicables a toda la cadena, se promueva el uso racional según las indicaciones registradas y se estimule el uso de medicamentos genéricos autorizados por el Invima y reconocidos por la comunidad científica.
- Que se adelante un plan de control a la evasión y elusión por parte de la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) con el fin de incrementar los ingresos por cotización de la población que efectivamente tiene capacidad de pago. Así mismo, se debe definir el criterio de capacidad de pago del grupo familiar, contemplado por la Corte Constitucional, para efecto del otorgamiento de prestaciones excepcionales de servicios No POS.”.

8.6 Propuesta De Reforma En Salud – Congreso de la República

Según (Roemer, Milton, 1985) “Los sistemas de salud son estructuras sociales complejas de naturaleza heterogénea, destinadas a satisfacer las necesidades de la población de cada país en materia de salud y enfermedad”. Los objetivos de la propuesta de reforma son mejorar la calidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud, garantizar la sostenibilidad del sistema, reducción de barreras de acceso, mejoramiento de legitimidad, factores identificados previamente en el actual sistema. En la búsqueda por el mejoramiento de la calidad se afirma que el sistema ha expuesto:

Creación de una entidad pública de naturaleza especial del nivel descentralizado, con autonomía administrativa, financiera y presupuestal, que afilie directamente al sistema, recaude y distribuya los recursos “SALUD MIA”, adicional la ampliación del plan de beneficios por un plan integral que reduzca la llamada zona gris y disminuya por lo tanto la proliferación de tutelas “MI PLAN”.

La transformación de las EPS en administradoras de la atención básica y especializada en salud con un énfasis territorial y redes de prestadores claramente definidas “GESTORAS DE SERVICIOS DE SALUD” adicionalmente crear las condiciones para la puesta en práctica de un nuevo modelo de prestación de servicios para zonas especiales.

Dotar a la Superintendencia de salud con mayores y mejores instrumentos de control, y la eliminación de la comisión regulador de salud –CRES.

8.7 Consideraciones Finales.

De acuerdo con lo reflejado en el presente documento es evidente la necesidad de estructurar un nuevo proyecto de reforma para el sistema de salud colombiano, es importante solucionar las fallas que concurren los diferentes actores y organizar las funciones de los diferentes actores que intervienen encargados de garantizar la prestación y calidad de los servicios. Se pretende complementar la carta constitucional enfocada en respetar la salud como derecho fundamental y se deberá garantizar plenamente sin discriminación en ningún tipo de restricciones.

Debido a la evidente crisis, el Congreso de la Republica expidió la ley 1122 de 2007 buscando solucionar los principales quebrantos del sistema pero a pesar de la ejecución de esta, siguieron mostrándose fallas cada vez más difíciles de solucionar.

El sistema debe afrontar múltiples cambios, es considerado como posible transformación, actualmente se debate en el Congreso sobre nuevos modelos, considerando el convertir el Estado como asegurador, EPS administradoras, EPS con aseguramiento pleno.

Es de vital importancia que la Superintendencia Nacional de salud enfatice su función de vigilancia y control para poder corregir las anormalidades que llevan a las instituciones y prestadores a incurrir en faltas y que los afectados son todos los usuarios que utilizan los servicios de salud en el país.

En cuanto a los aspectos o características del sistema de salud Colombiano se puede acotar lo siguiente:

Aspecto Social: El impacto de la reforma del sistema de salud abordada por la ley

100 de 1993 ha sido revelado por el gran aumento de la cobertura alcanzando un nivel importante de 95% sobre el total de la población.

El aumento en el contenido del POS ha sido recibido positivamente por lograr el mejoramiento de la calidad de los servicios del sistema, así como el tratamiento para enfrentar los diferentes diagnósticos que presenta la población.

La importancia del sector privado no se evidencia solo en el aseguramiento; al contrario, el sector privado es mucho más importante en la prestación de servicios de salud. Como se muestra a través del presente documento, del total de IPS del país registradas en el Ministerio de Salud y Protección Social, cerca del 87% son IPS privadas (7.978 de 9.197) frente al 13% de la red pública. (ACEMI, 2012), sin embargo se debe implementar más controles que aseguren la reinversión de recursos en el mismo sector.

Aspecto Político: El uso o abuso de la utilización de la tutela como medio para reclamar por los servicios requeridos en Salud, ha llevado al sistema judicial a ampliar los conceptos y definir una detallada caracterización de los criterios exigidos, pero adicionalmente se ha estancado no solo el sistema judicial como se evidenció sino el sistema de salud colombiano toda vez que sus modificaciones no han sido estructurales sino a partir de una cascada normativa de modificaciones, adicionalmente a esto se le suman las presiones de políticas hacia la formalización empresarial elevando los costos de los empresarios al asumir una mayor utilización de mano de obra pero además debido al vínculo entre los costos de un empleo formal y la universalización del aseguramiento por vía del régimen subsidiado.

Aspecto Económico: Unos de las principales dificultades del sistema de salud colombiano radican en su esquema de financiamiento, no se ha logrado obtener un punto de

equilibrio y por ello el principal reto consiste en lograr y garantizar la sostenibilidad financiera del sector y además de la implementación de la eficiencia financiera como un principio rector del sistema.

El sistema sufre serios desequilibrios financieros por cuenta del crecimiento desbordado del gasto de servicios NO POS tales como medicamentos, procedimientos etc. A ello sumado los escándalos de corrupción y la discrecionalidad del sistema para reinvertir su capital en otros sectores de naturaleza diferente.

De modo que los retos en materia de salud son grandes, debido a la configuración de unos factores tales como los límites de la cobertura frente a la inversión, la falta de equilibrio financiero entre regímenes, la ausencia de controles eficaces que corrijan y mitiguen los riesgos y la proclividad hacia la corrupción, lo falta de más regulación al mercado de los medicamentos, pero el problema de mayor índole es el pretender organizar el mercado de los operadores de la salud y no concebir la organización desde un mercado de los servicios de salud, que protejan y blinden el cumplimiento del derecho fundamental a la salud y sus de derechos conexos y este directamente enfocado a los usuarios.

Y es muy importante las voces como las del filósofo N. Daniels, en la búsqueda de una visión más holística y estructural del contexto de la salud en Colombia, generando la participación de los actores, pero además realizando un profundo diagnóstico que permita encausar políticas públicas que mitiguen los problemas e instrumentalicen los mecanismos de acción y no como las reformas jurídicas hasta la fecha realizadas, que son paliativos superficiales que imposibilitan el pensarse un servicio de salud, digno, humano y de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

- ACEMI. (2012). Dos décadas del sistema de seguridad social en salud: desarrollo crisis y soluciones. En J. Arias, N. Paredes, A. C. Santos , & J. Duarte. Bogotá: Digiprint Editores E.U.
- Agudelo Calderón, C. A., Cardona Botero, j., Ortega Bolaños, J., & Robledo Martinez, R. (28 de 02 de 2011). *scielosp.org*. Recuperado el 2015, de <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf>
- Arias Contreras, A. R. (2014). *Universidad Nacional de Colombia*. Recuperado el 15 de 01 de 2015, de http://www.fcenew.unal.edu.co/publicaciones/index.php?option=com_content&view=article&id=264:9-implicaciones-de-la-implementacion-de-la-ley-100-en-el-sistema-de-salud-colombiano-analizado-desde-el-enfoque-neoinstitucional-20-anos-de-avances-y-problematika
- Arias, J., Paredes, N., Santos, A., & Duarte, J. (2012). *Dos décadas del sistema de seguridad social en salud: desarrollo, crisis y soluciones*. Bogotá: Digiprint Editores EU.
- Asamblea Nacional Constituyente. (04 de 07 de 1991). *Senado de la República de Colombia*. Obtenido de www.senado.gov.co/images/stories/...General/constitucion_politica.pdf
- Asamblea Nacional Constituyente. (04 de 07 de 1991). *Senado de la República de Colombia*.
- Asamblea Nacional Constituyente. (04 de 07 de 1991). *Senado de la República de Colombia*. Obtenido de www.senado.gov.co/images/stories/...General/constitucion_politica.pdf
- BDA Régimen Contributivo - oficina TIC Ministerio de Salud y Protección social. (2014). *Minsalud.gov.co*. Recuperado el 2015, de <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/CoberturasdelR%C3%A9gimenSubsidiado.as>

px

Cárdenas Santamaría, M. (2009). *Introducción a la economía Colombiana*. Bogotá: Alfaomega.

Castaño, R. A. (21 de 01 de 2009). *Ministerio de Salud de Colombia*. Recuperado el 02 de 2015, de https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Sentencia%20T-760/Respuestas%20Ordenes/Orden%2017,%2018,%2022/Procesos%20imparciales02%20%20_2_.pdf

Cifras y Conceptos S.A. (01 de 2013). *Activecitizenship.com*. Recuperado el 04 de 2015, de http://www.activecitizenship.net/newsletter/2014_10_14-24/files/documenti-da-inserire/encuesta-sobre-riesgos-de-corrupcion-en-el-sector-salud-en-colombia--report.pdf

Colprensa. (06 de 12 de 2013). Las trece claves de la reforma del Gobierno al sector de la salud. *La República*.

Congreso de la República de Colombia. (1993). *alcaldiabogota.gov.co*. Obtenido de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

Congreso de la República de Colombia. (09 de 01 de 2007). *secretariasenado.gov.co*. Recuperado el 01 de 2015, de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html

Corporación colectiva de abogados José Alvear Restrepo. (13 de 06 de 2005). *Colectivo de abogados*. Recuperado el 2015, de <http://www.colectivodeabogados.org/nuestro-trabajo/abc-de-los-derechos-humanos/D-E-S-C/Derecho-salud/Derecho-a-la-salud>

Defensoría del pueblo. (2014). *defensoría.gov.co*. Obtenido de <https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.defensoria.gov.co%2Fattachment%2F605%2F207685%2520La%2520tutela%2520y%2520el%2520derecho%2520a%2520la%2520salud.%25202013.%2520Definitivo%2520>

- Dirección de financiamiento sectorial. (12 de 2013). *Minsalud.gov.co*. Recuperado el 2015, de <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/Boletin%20Cifras%20finacieras%20del%20Sector.pdf>
- EL Banco Mundial. (2014). *El banco mundial*. Obtenido de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS/countries/1W?display=graph>
- Gaviria, A., & Palau, M. (12 de 2006). Recuperado el 03 de 2015, de Repository.fedesarrollo.org.co:
<http://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/953>
- Gómez Arias, R. D. (2012). *Guajiros.udea.edu.co*. Recuperado el 2014, de <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/efectos%20de%20la%20ley%20100.pdf>
- Gómez Velez, C. A. (2006). *OCLC World Cat Kindred Works*. Recuperado el 02 de 2015, de <http://experimental.worldcat.org/kindredworks/Kindred?sn=318368782>
- Granados , R. (Diciembre de 2002). *javeriana.edu.co*. Obtenido de http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev_gerenc_polsalud/vol1_n_3/salud_espacio_1.pdf
- Hussman, K. (14 de 01 de 2013). *Agencia de noticias Universidad Nacional de Colombia*. Recuperado el 03 de 2015, de <http://www.agenciadenoticias.unal.edu.co/nc/ndetalle/cat/video/pag/8/article/estrategias-para-frenar-la-corrupcion-en-el-sector-salud.html>
- Jaramillo , I. (2002). *Minsalud.gov.co*. Recuperado el 03 de 2015, de <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/VOL%201%20FLUJOS%20FINANCIEROS.pdf>
- Londoño, J. (2003). Activar el pluralismo en el trópico. Reforma de la atención de la salud en Colombia. En *Servicios de salud en América latina y Asia*. Washington: Molina C y Nuñez J.

Ministerio de protección social. (2007). *minsalud.gov.co*. Obtenido de

<http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Marco%20Conceptual%20de%20An%C3%A1lisis%20de%20los%20Sistemas%20de%20Salud-%20CAP%201.pdf>

Ministerio de salud y protección social. (2012-2013). *minsalud.gov.co*. Recuperado el 11 de 2014, de

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/INFORME%20AL%20CONGRESO%202012-2013.pdf>

Molina, C. G., & Giedi3n, U. (01 de 1993). *Fedesarrollo.org.co*. Recuperado el 2015, de

http://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/11445/1365/1/Repor_Enero_1993_Molina_y_Gideon.pdf

Posada, F., Botero, F., Zuleta, H., Goodman, J., & Arias, E. (1991). Sostenibilidad y reforma al sistema de seguridad social en salud. gerencia y pol3ticas de salud. En *La seguridad social: una reforma pendiente*. Bogotá: C.Molina.

Ram3rez Castrill3n, C. A; Gomez Segura, F. C; Cerquera; O. Perfiles productivos municipales de Garz3n y Pitalito Huila. Red de Observatorios Regionales del Mercado del Trabajo Red-ORMET. Nuevas ediciones, Bogot3, 2014.

Redacci3n El Tiempo. (26 de 08 de 2014). *El Tiempo*. Recuperado el 20 de 01 de 2015, de

<http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/hay-33-entidades-intervenidas-por-la-supersalud/14441776>

Restrepo, Dar3o I., C3spedes Rangel, Erick., Baquero Rueda, Federico. Reforma a las transferencias Datos para un debate Septiembre de 2006. UNAL.

<http://www.renovacionmagisterial.org/boletin/boletin4/UNgraficos.pdf>

- Revista Semana. (06 de 07 de 2009). *Semana*. Recuperado el 10 de 12 de 2014, de <http://www.semana.com/nacion/salud-seguridad-social/articulo/lo-mejor-mas-debil-del-sistema-salud-colombiano/104899-3>
- Rodríguez, O. (2001). *Le monde diplomatique*. Recuperado el 2015, de <http://www.eldiplo.info/portal/index.php/component/k2/item/227-colombia-la-crisis-del-sistema-de-salud>
- Santa María, M. (03 de 2010). *Fedesarrollo*. Recuperado el 20 de 01 de 2015, de <http://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/11445/65/1/Efectos%20de%20la%20Ley%20100%20en%20salud%20-%20Libro%20Salud%20web-.pdf>
- Santa María, M., García , A., Prada, L., Uribe , T., & Vásquezb. (2009). *Med-informática.net*. Recuperado el 01 de 02 de 2015, de http://www.medinformatica.net/FMC_CMCB/VeeduriaCiudadana/CIDMEDvcacelapss/SaludRetos
- Trujillo , J., Portillo , E., & Vernon, J. (2005). The impact of subsidized health insurance for the poor: evaluating the Colombian experience using propensity score matching. En *International journal of health care finance and economics* (págs. 211-239). Netherlands: Springer Science + Business Media, Inc.
- Vergara Quintero, M. d. (28 de 09 de 2007). *Promocionsalud.ucaldas.edu.co*. Recuperado el 2015, de http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_4.pdf
- Yepes, F., & Ramírez , M. (2010). *Reseñas*. Recuperado el 2015, de http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol9_n_19/resenas.pdf
- Jaramillo, Ivan. (2000) Investigador Universidad Nacional, ANÁLISIS FINANCIERO DEL FLUJO DE RECURSOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO MINISTERIO DE SALUD Programa de Apoyo a la Reforma. 2000. Recuperado de

<http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/VOL%201%20FLUJOS%20FINANCIEROS.pdf>