

**Universidad de Antioquia**  
**Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”**

**Pronunciamiento sobre la declaratoria de emergencia social en salud**

*En el pasado mes de Diciembre el decano de la Facultad Nacional de Salud Pública consideró oportuno alertar a la opinión pública sobre la declaratoria de emergencia social como medida de excepción para afrontar la problemática del sector salud.*

El Decano de la Facultad Nacional de Salud Pública, acogiendo las reflexiones y análisis de su cuerpo de investigadores y docentes, hace público el siguiente pronunciamento sobre la declaratoria de emergencia social en salud anunciada recientemente por el Gobierno nacional, con la expectativa de abrir, desde este momento, un debate sobre la necesidad de una reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) donde se asuma la salud como derecho fundamental y como bien de interés público.

**Los puntos de vista de los actores sociales sobre la declaratoria de la emergencia social**

El pasado 19 de noviembre, el presidente Álvaro Uribe Vélez le informó al país su decisión de declarar el estado de emergencia social, al parecer con el propósito de obtener recursos adicionales para que los entes departamentales cubran los servicios no POS a los usuarios favorecidos con las sentencias judiciales, sino también para cubrir los compromisos que se desprenden de la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional en 2008, concernientes al proceso de unificación de los planes de salud del régimen contributivo y del régimen subsidiado. Para estos efectos, el Señor Presidente anunció la conformación de una comisión integrada por los ministros de Hacienda y de Protección Social, el Director de Planeación Nacional y delegados de los entes territoriales.

En Colombia, el estado de emergencia es uno de los tres tipos de estados de excepción que constitucionalmente son susceptibles de ser declarados por el ejecutivo. El artículo 215 de la Constitución Nacional (reglamentado por la ley 137 de 1994) autoriza al Presidente de la República para declarar la emergencia por un período de 30 días, siempre que sobrevengan hechos que constituyan grave calamidad pública o que perturben en forma grave e inminente el orden económico, social y ecológico del país. Durante ese período el Presidente y sus ministros podrán dictar decretos con fuerza de ley destinados exclusivamente a conjurar los hechos que motivan la declaratoria de emergencia social. A este respecto, el exministro Juan Camilo Restrepo, en sus declaraciones recientes a un medio de comunicación, ha advertido que tal estado de excepción constituye un riesgo para la democracia en la medida en que las normas producidas a su amparo no se someten al trámite regular del poder legislativo.

El Señor Presidente ha anunciado que la comisión deberá encarar la elaboración de los decretos que permitirían obtener los nuevos recursos para la salud, los cuales procederán del aumento en los impuestos departamentales al consumo de cigarrillo, cerveza y otros licores. De modo que en principio, se trataría de resolver con mayores impuestos departamentales el problema financiero del SGSSS, entendido como un asunto de insuficiencia de recursos, argumento que ha venido siendo enfatizado por el ejecutivo desde el momento en que la Corte Constitucional emitió la sentencia ya mencionada. El Ministro de la Protección Social ha afirmado en diversas ocasiones que la unificación de los planes de salud de los dos regímenes le costaría al país cerca de seis billones de pesos, sin que se haya hecho llegar a la opinión pública el estudio en que fundamenta tal argumento.

Las motivaciones formuladas por el Presidente respecto a la declaratoria de la emergencia social en salud, por lo menos en los términos en que hasta ahora ha sido presentada, genera grandes interrogantes sobre la comprensión de los verdaderos problemas que aquejan al sistema de salud del país, particularmente en lo que tiene que ver con su modelo de financiamiento. En principio este planteamiento involucra dos asuntos que es preciso separar: por un lado está el problema de los recursos necesarios para la unificación de los planes de salud y por el otro las obligaciones financieras que los entes territoriales y el Gobierno Nacional tienen con las instituciones prestadoras de servicios de salud en razón de servicios y medicamentos no incluidos en dichos planes.

Las interpretaciones del problema difieren mucho de un agente a otro y tienen que ver con sus intereses. En lugar de considerar las tutelas como un indicador de demandas sociales legítimas y de

infracciones a la Constitución, el Gobierno ha insistido en que la ampliación de estos servicios por la vía de las tutelas, constituye un elemento importante del problema financiero, considerando entre otros aspectos que por ese concepto las EPS reclaman al Fosyga cerca de 900 mil millones de pesos. Por su parte, las EPS privadas agremiadas en ACEMI, se quejan porque de dicho monto el Ministerio de la Protección Social les ha glosado cerca de 500 mil millones de pesos. En relación con este punto, ACEMI afirma que el gobierno cuenta con los recursos suficientes para realizar estos pagos: 5 billones invertidos en TES, 1,6 billones en subcuenta de compensación y 4,4 billones en las otras subcuentas del Fosyga. Con base en estos argumentos, el gremio de las EPS ha expresado que si estos pagos no se hacen efectivos prontamente, la situación financiera de las 15 aseguradoras privadas obligaría al cierre de 9 de ellas en 2010.

El Ministro de Hacienda, por su parte, ha afirmado que “aprovechará la emergencia social para reordenar el sistema de salud para cumplir con la Sentencia de la Corte Constitucional”; estas declaraciones contrastan con las afirmaciones del Ministro de la Protección Social, en el sentido que por ahora se aplaza la unificación de los planes de salud y que se debe especificar bien quienes en el régimen subsidiado tienen capacidad para hacer copagos por los servicios que reciban; en otras palabras, propone financiar el sistema con los copagos de los más pobres. El Superintendente de salud afirma a su vez que el SGSSS no fue diseñado para atender los servicios no POS. La voz gubernamental disidente es la del Contralor, quien en el Informe Social al Congreso correspondiente a 2008 afirma que una de las causas de inequidad y de no acceso a los servicios son las barreras económicas.

Desde el Congreso, la senadora Cecilia López ha afirmado que el SGSSS es insostenible y que la emergencia social tendría como trasfondo una reforma tributaria para imponer más impuestos a los departamentos y municipios. El economista Alejandro Gaviria coincide con la senadora en que hay improvisación y vaguedad en la declaración de emergencia porque el gobierno no ha dicho exactamente qué quiere hacer, cuánto cuesta el hueco financiero y cuántos recursos se esperan conseguir, y que en tales circunstancias la Corte Constitucional bien pudiera declarar inexecutable la declaratoria de la emergencia social.

### **La encrucijada financiera: ¿a favor de quién?**

Aunque hasta el momento la emergencia social sólo se ha anunciado en términos generales, sin que se conozcan al respecto las disposiciones específicas que el Gobierno pretende aplicar, valdría la pena considerar primero dónde radica realmente el problema.

En las declaraciones del Ministro de la Protección Social se lee claramente que la línea gubernamental es preservar la estructura del SGSSS y no hacer modificaciones sustanciales. De hecho, las soluciones que se insinúan son de carácter fiscal y regresivo: más impuestos, más copagos para los más pobres y más recursos públicos para el lucro de operadores privados. Estas propuestas desconocen la persistencia y profundización de inequidades, ampliamente documentadas en los análisis del SGSSS descritas por otros actores gubernamentales y por organismos de control como la Defensoría del Pueblo y la Contraloría, así como por algunos legisladores, quienes han conceptualizado que las tutelas son apenas la evidencia emergente de una crisis estructural, en la que ningún dinero alcanzaría para financiar la prestación de servicios mientras la lógica instaurada en el SGSSS siga siendo la rentabilidad económica del negocio de la salud, bajo la mirada, si no complaciente, por lo menos permisiva del Estado.

En las posiciones que ha asumido el Gobierno frente a la crisis del SGSSS develada por una institución externa al sector como la Corte Constitucional, se advierte una tendencia a eludir el cumplimiento de los principios constitucionales establecidos en la Sentencia de la Corte, concentrando la atención pública en la solución de la deuda contraída con las EPS valiéndose de la emergencia social. También puede ser que el Gobierno acoja la Sentencia de la Corte Constitucional, pero nivelando el POS por lo bajo y aprovechando la coyuntura de la emergencia para hacer este ajuste sin debate legislativo, y por ende, sin debate público. El riesgo para salud del país es que el Gobierno Nacional, contando con una opinión pública desinformada y con escasa capacidad de organización y movilización, logre sus propósitos evadiendo los conceptos de la Corte Constitucional, de quien las grandes mayorías colombianas esperan actuaciones en derecho soportadas en principios de equidad y justicia social.

En esta coyuntura, los temas olvidados son los problemas estructurales del SGSSS y cómo afrontarlos.

¿Qué hacer con las barreras económicas que limitan el acceso a los servicios de salud, en especial para los afiliados en situación de pobreza? ¿Qué hacer con el incremento de tutelas? ¿Qué hacer con los servicios no POS? ¿Cómo garantizar el flujo de recursos financieros dentro de las instancias del SGSSS?

¿Cómo fortalecer la débil regulación del Estado a favor de los ciudadanos en un contexto donde los actores privados han ganado poder económico y político para incidir (decidir) en el rumbo de la política de salud y concentran por lo menos el 85% de la oferta de servicios?

Es bastante dudoso que el anunciado quiebre de las finanzas del sector pueda ser subsanado con mayores impuestos departamentales, sobre todo cuando es evidente que para el gobierno cualquier reordenamiento administrativo y financiero del SGSSS se haría sin afectar la estructura básica del sistema. No son pocos los estudios que han mostrado como el modelo de financiamiento, en especial el del régimen contributivo, está sometido a problemas de carácter estructural, asociados al ciclo de la actividad económica y a las tendencias observadas en el mercado de trabajo. La población objeto de este régimen, así como sus fuentes de financiamiento, se contraen en la parte baja del ciclo económico por efecto del aumento del desempleo, el cual asume tendencialmente en nuestro país un carácter estructural y de larga duración. Con el agravante de que con la recuperación económica, por lo menos según la experiencia reciente luego de la crisis de finales de la década pasada, no se logran abatir los indicadores de precariedad del empleo.

En este sentido es quizás mucho más problemático lo concerniente al empleo asalariado, cuyo comportamiento desborda las vicisitudes del ciclo económico y asume una dinámica de larga duración, en términos de un persistente descenso en el conjunto de los ocupados en el país. La proporción de asalariados al nivel nacional pasó del 51% en 2007 al 44% en 2009. En esos dos años el volumen de asalariados se redujo en un 6,7%. En esta perspectiva se subraya la ilusoria sostenibilidad del actual sistema de salud a partir de una pretendida sociedad de asalariados. En varios estudios se ha documentado esta persistente precariedad e inestabilidad del empleo, que ha venido desplazando la estabilidad laboral como régimen dominante de la organización del trabajo y soporte del sistema de salud, y que corre paralela con una ruptura de la legislación laboral a favor de una regulación del mundo del trabajo a partir de otros ámbitos del derecho.

Lo anterior explica en buena medida el relativo estancamiento de las coberturas en el régimen contributivo y las problemáticas asociadas a su equilibrio financiero. En 2008 las coberturas de dicho régimen y del régimen subsidiado alcanzaron en su orden el 38,8% y el 50,6% de la población, lo cual contrasta con las previsiones de viabilidad financiera del sistema al momento de diseñar la reforma de 1993, cuando se pensó en un equilibrio a partir de una cobertura del 70% en el régimen contributivo y del 30% en el régimen subsidiado.

Por lo demás, el equilibrio financiero del régimen contributivo, que se manifiesta en el comportamiento de la cuenta de compensación del Fosyga, depende estructuralmente del comportamiento del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), el rango salarial de los cotizantes y la densidad familiar. En general el valor de la UPC se ha venido ajustando según el comportamiento del IPC, exceptuando uno que otro año en el período de la crisis de hace una década, en el que dicho ajuste estuvo por debajo del comportamiento de la inflación, lo cual no logró detener el déficit que durante esos años registró la cuenta de compensación, debido justamente al deterioro de la densidad salarial y el aumento de la densidad familiar. Pese a que en el último quinquenio esta cuenta ha mostrado los niveles más altos de superávit financiero, en el actual periodo de crisis económica ha debido enfrentar el repunte de la densidad familiar (razón de beneficiarios por cotizante), que para finales del 2007 alcanzaba un nivel de 1,2, cifra superior a los niveles observados en 2005 y 2006. La densidad salarial (promedio del ingreso base de cotización en términos del salario mínimo mensual vigente), observó en 2005 un nivel de 1,9, el más bajo en ese último quinquenio y que presumiblemente habrá caído aún más en 2009 con motivo de la contracción económica.

Al momento de prever los recursos para pagar la deuda por los servicios no POS y la unificación de los planes de salud, es absolutamente imprescindible preguntarse por la conveniencia real para el país y para el SGSSS de mantener la figura de las EPS, las cuales se han constituido en agentes intermediarios entre los usuarios de los servicios de salud y las instituciones prestadoras de los mismos, sin que se haya evidenciado su necesidad ni su contribución a la eficiencia en la aplicación de los recursos disponibles. El estudio de las cuentas nacionales en salud de Gilberto Barón ha arrojado luces sobre el costo financiero de dicha intermediación; según sus análisis, los rubros de atención en salud e inversión en salud representan en su orden el 65% y el 5% de gasto en salud, lo cual supone que el 30% restante pareciera constituir el valor de la intermediación que realizan las EPS.

El impacto financiero de esta intermediación ha sido ampliamente debatido por los académicos e investigadores del sector salud. Recientemente el profesor de la Universidad de Harvard, Thomas Bossert, asesor del Ministerio de la Protección Social, declaró que el camino adoptado por el Gobierno cuando entregó los recursos de la salud a los operadores del sector privado ha resultado costoso para el país, pues la presumible competencia entre los agentes no ha operado y en consecuencia no solamente no se ha mejorado la eficiencia sino que se han disparado los costos en salud, resultados que contradicen dos de los argumentos que en su momento se usaron para defender la aprobación de la ley

100. En igual sentido se ha manifestado su colega en Harvard, William Hsiao, quien además ha conceptuado que las EPS en nuestro país se han vuelto políticamente muy poderosas y han logrado frenar los esfuerzos regulatorios por parte de las autoridades del sector. Estas afirmaciones, expresadas desde sectores que impulsaron la reforma, revisten especial gravedad y debieran ser tenidas en cuenta al momento de analizar y enfrentar la emergencia sanitaria.

Varios analistas de nuestro país han levantado evidencias no sólo del poder de mercado sino también del poder de cooptación de las EPS en los escenarios de concertación o negociación de políticas como el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). En el escenario de mercado la estructura poco competitiva del aseguramiento en salud está ampliamente documentada, sobre todo en los municipios que están por fuera de las cuatro principales áreas metropolitanas, donde se identifican tendencias monopólicas y oligopólicas, lo cual le ha dado a las EPS un fuerte poder en las negociaciones con las instituciones prestadoras de servicios de salud. La opinión pública conoce bien las barreras y obstáculos que las aseguradoras suelen poner no solo para limitar el acceso a servicios por parte de los usuarios (muchas veces con grave interferencia del profesionalismo y de la ética médica), sino también en materia de contratación y para retrasar el flujo de recursos hacia las prestadoras.

Contrario al argumento gubernamental de que el problema radica en la insuficiencia de recursos y que la crisis se resolverá mediante la declaratoria de una emergencia social, los analistas del sector han venido mostrando sistemáticamente que los problemas no son coyunturales sino fundamentalmente de carácter estructural, motivados por el diseño de un sistema cuya racionalidad induce una concentración de los recursos en manos de instituciones particulares con un gran poder político y económico, las cuales impiden que dichos recursos lleguen a la población más necesitada. De modo que por más impuestos que se fijen, el problema financiero del SGSSS habrá de persistir en la medida en que los nuevos recursos continúen siendo absorbidos por una intermediación que en rigor es de carácter financiero y se orienta por la búsqueda de una mayor rentabilidad en el negocio de la salud. Según el último reporte de la Revista Semana sobre las empresas más grandes del país en 2008, dos de las EPS están clasificadas entre las 30 empresas más grandes, la primera de ellas registrando utilidades operacionales por encima de los 120.000 millones de pesos, que suponen un aumento de 184% respecto a 2007.

En esta coyuntura, la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, recogiendo las recomendaciones y el sentir de sus estamentos, invita a los gobernantes y al sector político, a los organismos de control, a los medios de comunicación, a la academia, a las ONG y a las organizaciones comunitarias, a promover un debate público que examine a fondo la crisis del SGSSS y derive en acciones de corto plazo para reformar el sistema de salud con base en una racionalidad social que contribuya a la salud, la justicia y la equidad. No hay ninguna razón para mantener un sistema que en quince años ha mostrado profundas fallas y que riñe con la Constitución. El modelo de salud adoptado por Colombia no es la única opción ni la más eficiente; otros países gastan mucho menos en atención sanitaria y obtienen mejores resultados. La crisis no se resolverá con más de lo mismo. Los problemas del SGSSS no han sido sólo de financiación; han sido también de efectividad y de justicia. Es el momento de pensar en una política social en materia de salud que tenga en cuenta el derecho fundamental a la vida y anteponga el sufrimiento de los enfermos y la calidad de vida de los ciudadanos a los intereses de lucro. En tal sentido, *la Facultad Nacional de Salud Pública invita a poner en el centro del debate el derecho fundamental de las personas a la salud y la defensa de la salud como bien de interés público.*

Desde esta perspectiva puede ser conveniente dar impulso a la iniciativa de quienes se han pronunciado en favor de una ley estatutaria en salud donde se definan las responsabilidades estatales y el alcance de la salud como derecho fundamental por encima de los intereses económicos de los particulares, advirtiendo que una política sanitaria coherente con estos principios es incompatible con la mercantilización de la salud y debe preservar la tutela como mecanismo de exigibilidad del derecho a la salud.

Nuestra Facultad tiene la voluntad de participar activamente en la convocatoria de una serie de foros académicos que discutan los perfiles de una propuesta de reforma de nuestro sistema de salud que se ajuste a estos conceptos.

**Álvaro Cardona**  
**Decano**

Medellín, 14 de diciembre de 2009

*Copia a:*  
*Ministerio de la Protección Social Comisión 7ª de Senado y Cámara Contraloría General de la Nación*  
*Procuraduría General de la Nación Defensoría del Pueblo Superintendencia de Salud Organizaciones*  
*comunitarias*  
*Prensa hablada y escrita*

*Con referencia a la declaratoria de emergencia social que el Gobierno nacional aplicó para afrontar la crisis del sector salud, la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia propició una intensa reflexión académica y política que abarca el conjunto de decretos expedidos bajo esta figura constitucional. Como resultado se suscribe la siguiente comunicación dirigida a la Honorable Corte Constitucional.*

Medellín, 15 de febrero de 2010

**Honorables Magistrados  
Corte Constitucional de Colombia  
Bogotá DC**

**Referencia: La emergencia social y el Sistema General de Seguridad Social en Salud**

Honorables Magistrados:

Los abajo firmantes, Decano y profesores de la Facultad Nacional de Salud Pública, en cumplimiento de la misión institucional y después de haber analizado cuidadosamente la Declaratoria de Emergencia Social definida por el Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009, nos dirigimos a ustedes para someter a su consideración, de forma respetuosa, inquietudes que han sido producto de nuestra permanente reflexión académica sobre la salud pública del país y específicamente sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, así como de la evidencia empírica analizada en relación con la política sanitaria adoptada por el Gobierno y para solicitar a la Corte que ejerza los controles de su competencia en el marco de los principios constitucionales.

Vale decir que con fecha del 20 de agosto de 2009 y en relación con la Sentencia T-760 de 2008, los estamentos de esta Facultad nos dirigimos a esta Honorable Corte saludando la importancia y acierto de la mencionada providencia donde la Corporación actúa en defensa de los principios constitucionales y expresando nuestra inquietud sobre el manejo que el Gobierno venía dando tanto a las fallas estructurales del Sistema de Seguridad Social en Salud como a las disposiciones de la Sentencia. En dicho comunicado expresamos a la Corte nuestra preocupación sobre la insistencia del Gobierno Nacional en manejar el contenido de la Sentencia T-760 como un asunto coyuntural, reducido a la insostenibilidad del paquete de servicios vigente.

En esta ocasión, en calidad de académicos vinculados a una Facultad con más de 45 años de experiencia en el campo de la salud pública, habiendo analizado los decretos de emergencia social a la luz de la dinámica del sector y teniendo en cuenta los resultados de las investigaciones disponibles, consideramos pertinente someter a consideración de la Honorable Corte algunos hechos que ilustran el desconocimiento sistemático de principios constitucionales por parte del SGSSS y de la política gubernamental en materia de salud, así como su inconveniencia para el bienestar público y el desarrollo sostenible del país. Nuestros planteamientos se basan en estudios realizados por nuestros profesores y por miembros de otras instituciones académicas y se concentran en los siguientes aspectos que se sustentarán con lo expuesto en el conjunto de este documento:

1. No es cierto como se pretende en la declaratoria de emergencia social que la salud enfrenta una crisis súbita y coyuntural. Los problemas del SGSSS son estructurales y de larga data. La reciente crisis de liquidez es una más de las crisis sociales e institucionales que el sistema ha generado en los últimos años desde su implantación, amparada en una política gubernamental que se ha centrado en desarrollar y mantener un negocio rentable alrededor de la enfermedad y que ha sido incoherente tanto con los principios constitucionales como con los fundamentos filosóficos de la salud pública.

2. La crisis de liquidez que argumenta el Gobierno para sustentar la emergencia social es producto de fallas estructurales del Sistema: fundamentación del modelo en supuestos más que en evidencias; ineficiencia de las transacciones; falta de control estatal sobre la intermediación y aplicación de los recursos; inoperancia de una política regulatoria de precios para medicamentos, tecnologías y procedimientos y desarticulación de los servicios. Es también producto de una escasez ficticia generada por el manejo de una política social que privilegia otros gastos y que ha eximido de impuestos a los grupos económicos más poderosos.

3. Más allá de su dimensión financiera, el SGSSS presenta fallas estructurales de inconveniencia social que fueron ignoradas por el Gobierno en su declaratoria de emergencia social: predominio de una racionalidad económica sobre otros criterios de la política sanitaria; generación de barreras de acceso al servicio; vulneración del derecho fundamental a la salud; deterioro de la calidad del acto médico; debilitamiento de la autoridad sanitaria; deterioro de la salud pública y ausencia de un sistema de información que fundamente las decisiones de política.

4. Las medidas fijadas por el Gobierno en los decretos de emergencia social no apuntan a la problemática estructural del Sistema, aún tienen un alcance limitado frente a los problemas de liquidez, no son sostenibles en el tiempo y generan problemas adicionales para la población.

5. La última de las crisis del SGSSS que dio lugar al decreto 4975 de 2009 por el cual se declaró la emergencia social, constituye sólo otra expresión de la larga serie de inconveniencias sociales generadas por el modelo de gestión sanitaria adoptado por el país y por la política social del Gobierno desde hace varios años, cuya aparición era una consecuencia fácilmente previsible que el ejecutivo pudo intervenir por la vía ordinaria, con la participación de la sociedad civil y en coordinación con los organismos de control. En tal sentido, la situación descrita en el dicho decreto no se asimila a la condición de evento sobreviniente y excepcional y por lo mismo no puede ampararse en el artículo 215 de la Constitución. Tratándose de una de las manifestaciones de un proceso estructural que requiere soluciones integrales y de fondo, el Gobierno debió acogerse a los mecanismos democráticos establecidos por la Constitución y el Estado Social de Derecho.

## 1 ANTECEDENTES

El 23 de diciembre de 2009 y amparado en el artículo 215 de la Constitución, el Gobierno Nacional estableció la emergencia social mediante el decreto 4975. Dicho acto justifica la emergencia social en un problema de liquidez que afecta al total de los actores o agentes y que atribuye al crecimiento de los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS). En sus considerandos, el decreto afirma que los servicios no incluidos en el POS *“no estaban previstos en la ley 100 de 1993, ni fueron incorporados en los cálculos económicos realizados para la aprobación de la misma, sin embargo, la prestación de estos medicamentos y servicios se ha venido generalizando, de manera sobreviniente e inusitada lo cual pone en riesgo el equilibrio del sistema.”* Agrega el decreto en sus considerandos: *“Que el crecimiento abrupto y acelerado de la demanda de servicios y medicamentos no incluidos en los Planes Obligatorios de Salud comprometen de manera significativa los recursos destinados al aseguramiento generando un grave deterioro de la liquidez de numerosas Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y de la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y, por ende, amenaza su viabilidad, poniendo en riesgo la continuidad en la prestación del servicio público de salud y el goce efectivo del derecho a la salud ya la vida...”*

Los considerandos del mencionado decreto destacan también, como justificación de la emergencia social, los siguientes argumentos:

- La incentivación de la demanda o la oferta de servicios de salud por fuera de los incluidos en los planes de beneficios, adelantada por algunos reguladores y agentes del sistema, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, lo que ha conllevado al incremento ostensible de los costos del Sistema.
- El aumento en el número de recobros presentados al Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga por eventos no POS del régimen contributivo.
- La concentración de recursos en un número reducido de afiliados al régimen contributivo en razón de los recobros al Fosyga por servicios no POS, atenta contra la equidad del sistema.
- La corrupción detectada en los recobros al Fosyga.<sup>a</sup>
- El déficit de recursos que vienen presentando los Departamentos para cubrir los servicios no incluidos en el POS.
- La insuficiencia de los procedimientos y mecanismos establecidos en la ley para la distribución y giro de recursos, lo que hace más costosa la financiación.
- El agravamiento de la situación financiera observado en el sector en atención a las limitaciones propias del proceso para el giro de los recursos.
- El aumento en la cartera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo.
- La territorialidad del aseguramiento en el régimen subsidiado, que constituye una barrera y dificulta el acceso a los servicios de salud.
- La insuficiencia de los trámites y procedimientos legales previstos para el reconocimiento de algunos de los recursos disponibles.
- La destinación de los recursos a fines diferentes a los previstos.
- Los hechos descritos desbordan la capacidad y los mecanismos preventivos, sancionatorios y de naturaleza jurisdiccional del sistema de inspección, vigilancia y control del sector salud.
- La insuficiencia de los ingresos del sistema para atender el aumento en los gastos generados por la demanda de servicios y medicamentos incluidos y no incluidos en el POS.
- La insostenibilidad de los mecanismos de contención. De mantenerse la tendencia observada en el crecimiento de la demanda de servicios y medicamentos no incluidos en el POS, en el régimen contributivo se estima que en el primer semestre de 2010 los excedentes a los cuales ha tenido que recurrir el Fosyga para atender dicha demanda, se agotarían.

---

<sup>a</sup> La norma no especifica los agentes involucrados en la corrupción.



- De mantenerse las actuales condiciones, se identificaría una elevada probabilidad de que se materialicen algunos de los siguientes riesgos: cierre de hospitales públicos; quiebra de IPS y EPS; inviabilidad financiera de entidades territoriales; cesación de pagos al talento humano en salud y demás proveedores; así como la consecuente parálisis de la prestación de los servicios de salud, con lo cual se afectaría de manera grave el goce efectivo del derecho a la salud para todos los habitantes del territorio nacional.
- El orden social del país se encuentra gravemente amenazado y por lo tanto, está en riesgo la continuidad en la prestación del servicio público esencial de salud, el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y la universalización del aseguramiento, con mayores repercusiones sobre la población pobre y vulnerable.
- Siendo la salud una condición indispensable para la realización del derecho a la vida humana, la parálisis total o parcial en la prestación de los servicios de salud podría llevar a una situación de calamidad y catástrofe social.
- La necesidad urgente de adoptar medidas legales, extraordinarias e integrales para conjurar la situación antes descrita así como la extensión de sus efectos.
- La insuficiencia de las medidas establecidas por la ley 1122 de 2007.
- La insuficiencia de las medidas de carácter administrativo adoptadas por el Gobierno Nacional y otras autoridades en ejercicio de sus facultades ordinarias.

Amparado en la emergencia social establecida en el decreto 4975, el Gobierno produjo las siguientes medidas:

Decreto 4976 de 2009	Por el cual se expiden medidas excepcionales con el fin de liberar recursos que permitan garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud de la población beneficiaria y se dictan otras disposiciones
Decreto 073 de 2010	Por el cual se expiden medidas excepcionales con el fin de liberar recursos de los saldos excedentes del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones - Aportes Patronales que permitan financiar la atención a la población pobre no asegurada y los eventos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.
Decreto 074 de 2010	Por medio del cual se introducen modificaciones al Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -FONSAT- y se dictan otras disposiciones.
Decreto 075 de 2010	Por el cual se expiden disposiciones para agilizar la solución de controversias entre las diferentes entidades y organismos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Decreto 126 de 2010	Por el cual se dictan disposiciones en materia de Inspección, Vigilancia y Control, de lucha contra la corrupción en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se adoptan medidas disciplinarias, penales y se dictan otras disposiciones
Decreto 127 de 2010	Por el cual se adoptan medidas en materia tributaria
Decreto 128 de 2010	Por medio del cual se regulan las prestaciones excepcionales en salud y se dictan otras disposiciones.
Decreto 129 de 2010	Por medio del cual se adoptan medidas en materia de control a la evasión y elusión de cotizaciones y aportes al sistema de la protección social y se dictan otras disposiciones
Decreto 130 de 2010	Por el cual se dictan disposiciones del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar
Decreto 131 de 2010	Por medio del cual se crea el Sistema Técnico Científico en Salud, se regula la autonomía profesional y se definen aspectos del aseguramiento del plan obligatorio de salud y se dictan otras disposiciones
Decreto 132 de 2010	Por el cual se establecen mecanismos para administrar y optimizar el flujo de recursos que financian el Régimen Subsidiado de Salud del Sistema General

	de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Decreto 133 de 2010	Por el cual se adoptan medidas tendientes a garantizar el acceso, oportunidad, continuidad, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones
Decreto 134 de 2010	Por el cual se modifica el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2010
Decreto 135 de 2010	Por medio del cual se distribuyen recursos del FRISCO para el fortalecimiento de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto y se dictan otras disposiciones
Decreto reglamentario 358 de 2010	Por medio del cual se reglamenta parcialmente el Decreto Legislativo 131 de enero 21 de 2010.
Decreto reglamentario 398 de 2010	Por medio del cual se reglamenta parcialmente el Decreto Legislativo 131 de enero 21 de 2010

## 2 LOS HECHOS

En relación con las medidas de emergencia mencionadas, sometemos a consideración de la Honorable Corte Constitucional, la siguiente información y análisis desde diferentes fuentes, cuyo contenido permite concluir que el SGSSS de Colombia no enfrenta una crisis aislada o coyuntural, sino grandes limitaciones estructurales y de larga data que contravienen principios constitucionales que han mostrado inconvenientes desde la perspectiva del interés público y que apartan al Estado de sus fines.

### 2.1 El modelo de gestión de la salud adoptado por el SGSSS presenta fallas estructurales de diseño y aplicación

#### 2.1.1 La implantación del modelo colombiano de salud fue y ha sido una elección política influenciada por intereses económicos particulares

Los modelos conceptuales y procedimentales para administrar la salud han cambiado a lo largo de la historia y en la actualidad varían también de un país a otro. El SGSSS asumido en Colombia no es la única opción posible de administrar la salud, ni ha mostrado ser la más eficiente. Su desempeño presenta fallas estructurales detectables desde su misma concepción formal, las cuales se han hecho más evidentes durante su aplicación.

El modelo tampoco es producto original de una reflexión juiciosa sobre las condiciones sanitarias y sociales del país. La ley 100 de 1993 que fundamenta el modelo colombiano recogió la influencia de una racionalidad economicista promovida desde la banca internacional<sup>1</sup> y exportada a Latinoamérica por las compañías de seguros norteamericanas las cuales necesitaban ampliar sus mercados, una vez se habían saturado en Estados Unidos.<sup>2</sup> Desde 1980 la mayoría de los países de América Latina implementaron prácticas de atención gerenciada, basada en el aseguramiento, pero sólo Chile y Colombia desarrollaron reformas completas.<sup>3</sup>

Recogiendo los lineamientos del Banco Mundial (BM) y del Consenso de Washington, la ley 100 de 1993 implantó el actual SGSSS, basado en la competencia y el aseguramiento. Argumentando problemas de equidad, corrupción e ineficiencia de las redes públicas de salud, los promotores de la reforma propusieron transformar las funciones del Estado relativas a la administración, el financiamiento y la regulación en salud, en un modelo de mercado con participación de empresas administradoras del aseguramiento. La reforma fue lograda durante la apertura económica del presidente Gaviria mediante hábiles estrategias de cabildeo político.<sup>4</sup> Algunos autores han llamado la atención sobre la ausencia de un consenso político amplio en relación con las medidas adoptadas.<sup>5</sup>

El modelo que inspiró la reforma reinterpreta la salud como un espacio de transacciones económicas susceptible de ser administrado desde los principios de la libre empresa.<sup>6</sup> Según sus promotores, la prestación de servicios de salud debería adoptar un modelo denominado “pluralismo estructurado”, definido como una estructura organizadora de la gestión sanitaria, con funciones y normas explícitas para facilitar las transacciones de una población consumidora de servicios y libre de escoger una amplia gama de proveedores de servicios estatales y privados, un conjunto de instituciones administradoras de los recursos y de los riesgos y un Estado regulador.<sup>7</sup>

En tal sentido, la ley 100 de 1993 puso fin al modelo de subsidios a la oferta (transferencia directa de recursos a los hospitales públicos) e instaló un sistema de subsidios a la demanda, en el que el Estado, a través de los gobiernos locales, debe garantizar los servicios de salud para los más pobres a través de administradoras del aseguramiento que compiten en el mercado.<sup>5,8</sup>

El modelo de reforma supone que, tal como ocurre en los modelos de mercado perfecto, tanto los proveedores de servicios como las aseguradoras deben competir por los recursos financieros y que dicha competencia garantiza la eficiencia, mejora la calidad y baja los precios. Desde esta óptica, el SGSS transformó los servicios de salud en modelos empresariales sometidos a la racionalidad del mercado y cuya supervivencia como proyectos dependen de su capacidad para captar y retener recursos financieros.

Si bien la adopción del modelo de salud es una competencia del Gobierno, debe quedar claro que en el caso colombiano el modelo que se adoptó acogió entre las múltiples opciones disponibles en materia de salud, un tipo particular de racionalidad económica centrado en la rentabilidad del mercado del aseguramiento, que se abrió camino en las políticas públicas impulsada por la banca internacional y los grupos económicos interesados en el negocio.

### **2.1.2 La reforma del SGSS subordinó la política y la atención sanitaria al mercado de aseguramiento sin que se haya probado la ventaja de este enfoque para la población**

El sistema de aseguramiento en salud implementado mediante la ley 100 de 1993, suele justificarse teóricamente en el modelo estándar del núcleo principal en economía y en la experiencia de políticas sociales impulsadas en el orden macroeconómico desde las teorías keynesianas. Como queda dicho en apartes anteriores, en el nivel microeconómico el modelo colombiano acoge en varios de sus planteamientos formales la teoría de las fallas de mercado. Admite también la importancia de la intervención pública, que presumiblemente tendría la capacidad de subsanar los problemas asociados a la presencia de bienes públicos, externalidades, información asimétrica y la competencia imperfecta. Estas consideraciones teóricas convergen en la mixtura pública-privada establecida en los modelos de competencia regulada y pluralismo estructurado. En la práctica sin embargo, los argumentos teóricos del modelo no siempre se aplican de forma consistente.

Una primera inconsistencia se revela en el supuesto sobre la sostenibilidad financiera del modelo. El SGSS propuso desarrollar el aseguramiento separando dos negocios: el régimen contributivo y el régimen subsidiado. Sobre supuestos que preveían un crecimiento económico anual superior al 5% y un aumento anual del 1,8% en los ingresos laborales,<sup>9</sup> la reforma pretendía lograr en el 2001 una cobertura universal del aseguramiento, con el 70% de la población inscrita en el régimen contributivo y el 30% restante en el subsidiado. Desde esta perspectiva, el modelo de salud no podía considerarse un sistema cerrado y auto referenciado sino un sistema abierto<sup>10</sup> fuertemente articulado con las decisiones de política económica y laboral. Desde la lógica interna del modelo, pudo preverse que la sostenibilidad del aseguramiento en salud no depende solamente de medidas regulatorias internas (las cuales podrían bastar para un sistema cerrado) sino que demanda del Gobierno una gran responsabilidad en materia de políticas de carácter fiscal, social y monetario coherentes con los supuestos del SGSS. Este hecho no se dio en el país como se demostrará a continuación.

El componente bismarckiano del modelo de aseguramiento en salud, que se expresa en la afiliación obligatoria al régimen contributivo por parte de la población trabajadora con capacidad de pago, introdujo en el modelo colombiano un factor de vulnerabilidad ligado al ritmo de la cobertura en salud, en tanto que dejó al SGSS expuesto a los ciclos de la actividad macroeconómica y en particular al ciclo de empleo-desempleo de la

población trabajadora. En razón a que el ejecutivo había previsto la necesidad de garantizar una estabilidad macroeconómica para mantener los ritmos de cobertura del sistema, era de esperarse que se adoptaran medidas de política orientadas a la incorporación de dispositivos anti cíclicos para el sano financiamiento del sistema y no medidas pro cíclicas como fueron el desconocimiento de sus obligaciones con el paripassu y el recorte de las transferencias por vía de la reforma constitucional. De hecho en el Plan Nacional de Desarrollo de 2006 se planteó la reforma al sistema de transferencias como requisito para sanear las finanzas públicas, de modo que fuera “consistente con las condiciones de estabilidad macroeconómica, lo cual permite incentivar la inversión nacional y extranjera”.<sup>11</sup>

Con ocasión de la crisis económica de 1999, de la cual no está eximida de responsabilidad la Junta del Banco de la República con sus medidas monetarias de carácter restrictivas, así como tampoco el Gobierno nacional con la decisión de mantener la liberalización de los mercados cambiarios y de capitales, el ritmo de ampliación de la cobertura del aseguramiento sufrió un fuerte estancamiento, especialmente en la cobertura del régimen contributivo, que pasó del 30,2% en 1999 al 30,5% en 2004.<sup>12</sup> Desde entonces la cobertura de este régimen observa un ritmo lento hasta alcanzar el 38,77% de la población en 2008. De modo que la excepcional ampliación del aseguramiento en salud ha sido posible con la expansión del régimen subsidiado, que para este último año logró el 50,59% de cobertura.<sup>13</sup>

Estas reflexiones ilustran varios asuntos que son particularmente relevantes para valorar la declaratoria de la emergencia social en salud. Por una parte debe considerarse el hecho de que los datos agregados de cobertura no son buenos indicadores de las desigualdades sociales que aún se observan en la afiliación al sistema ni del acceso real a los servicios de salud. Los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de 2003, informan que para el quintil 1 de la población (el 20% más pobre) los porcentajes de cobertura fueron del 6,9% en el régimen contributivo y del 39,9% en el régimen subsidiado, en tanto que las del quintil 5 de la población (el 20% más rico) ascendieron a 72% y 2,9% respectivamente.<sup>14</sup>

Por otra parte hay que precisar que la expansión del régimen subsidiado se ha dado de manera importante a partir de la figura de los subsidios parciales creados por el Gobierno en 2004. Esta estrategia política, que por un porcentaje de la UPC subsidiada<sup>b</sup> ofrece a la población pobre un paquete de servicios más reducido aún que el POS-subsidiado pleno, profundiza la práctica discriminatoria de los planes de beneficio, dando la falsa idea de protección total y de universalidad. La práctica de los subsidios parciales se fue abriendo camino como política social del Gobierno Nacional sin una fundamentación técnica que demuestre sus beneficios y en desconocimiento del principio constitucional de igualdad.

Respecto de la eficiencia y la transparencia de la aplicación de los recursos de aseguramiento en el régimen subsidiado, ellas dejan mucho que desear. En ese sentido cabe destacar los contrastes que, en términos absolutos, se presentan entre el volumen de población afiliada y el volumen de población en situación de pobreza por bajos ingresos, identificada por el Departamento Nacional de Planeación. En un debate reciente en el Congreso de la República la senadora Cecilia López llamaba la atención sobre este tema para sugerir que una franja amplia de población estaba “colada” en el régimen subsidiado, gracias al manejo clientelista que se ha observado en este régimen y las bondades de un gobierno dispuesto a seducir a su electorado con recursos del erario público.<sup>c</sup>

En el régimen contributivo la cobertura del aseguramiento está relacionada con las tendencias del mercado de trabajo, donde se anticipaban cambios estructurales que no solo no fueron previstos por el Gobierno como factores de desequilibrio del sistema de salud, sino que han sido profundizadas por un modelo económico y una política laboral que obstaculiza las posibilidades de generación de empleo decente e incentiva más bien su precarización. El trabajo informal en Colombia asciende al 58%, en tanto que el subempleo y empleo temporal se mantienen en niveles no inferiores al 30% de la población trabajadora. El desempleo, entre tanto, ha

---

<sup>b</sup> El contenido del paquete de servicios del régimen subsidiado (POS-S) es menor que el paquete del régimen contributivo (POS-C) y la UPC que el Gobierno paga por este plan a las aseguradoras es el 60% de la que paga por el POS. Los subsidios parciales designan un paquete de servicios aún más reducido que el POS subsidiado, por el cual se reconoce a la aseguradora una UPC equivalente al 40% de la UPC del contributivo.

<sup>c</sup> Presentación de la senadora Cecilia López en el debate con las comisiones séptimas del Congreso de la República el 28 de enero de 2010.

mostrado en los dos últimos años un aumento sostenido, llegando en diciembre de 2009 al 12,3% de la fuerza laboral urbana,<sup>15</sup> lo cual nos coloca como el país de América Latina con el mayor índice de desempleo, sensiblemente por encima del promedio de la región que asciende al 8,3%.<sup>16</sup> En tal sentido y desde la racionalidad del modelo, el Gobierno debió haber previsto las consecuencias de la dinámica del empleo sobre el equilibrio del sistema y prever mecanismos para garantizar su sostenibilidad.

Por otra parte, los análisis del SGSSS suelen destacar los aumentos en la cobertura del aseguramiento como uno de los mayores logros del modelo. Estos análisis se quedan a medio camino. El aseguramiento por sí mismo no constituye ninguna ventaja para el usuario a menos que se traduzca efectivamente en la satisfacción de la necesidad y en la reducción de su riesgo. Al respecto, algunas investigaciones muestran que el seguro es condición necesaria más no suficiente para acceder a los servicios.<sup>17,18,19,20</sup>

El aumento en la cobertura de aseguramiento no ha sido ni es un indicador de salud pública. Estrictamente hablando, el consumo de servicios de salud tampoco es un buen indicador de salud de la población, a menos que su aumento se acompañe de una disminución en los riesgos de la población atendida, condición sobre la cual no existe evidencia en Colombia donde, por ejemplo, no obstante el aumento en el control prenatal y la hospitalización del parto, persisten índices insatisfactorios en los riesgos materno infantiles. Los controles a diabéticos e hipertensos tampoco han derivado en una reducción importante de la mortalidad evitable por enfermedades cardiovasculares, ni de la frecuencia de complicaciones renales.

Por el contrario, el incremento en las acciones de tutela y la aparición de complicaciones médicas evitables como la enfermedad renal crónica, los trastornos cardiovasculares y el cáncer cervical avanzado, en usuarios previamente asegurados (las cuales dan lugar, por otra parte a intervenciones de alto costo) reflejan fallas profundas en la efectividad del aseguramiento. Lo que sí es claro es que el aumento de coberturas, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, constituye un indicador del avance del negocio del aseguramiento.

La norma<sup>21</sup> precisó que las EPS son administradoras del riesgo en salud, pero no las dueñas de las cotizaciones ni de los subsidios, pues éstos pertenecen al SGSSS. Para atender a sus afiliados y beneficiarios, las EPS pueden prestarles servicios por sí mismas o contratarlos con alguna IPS estatal o privada. En todo caso, siempre deberán ofrecer a sus afiliados varias alternativas de IPS, para que éstos elijan la de su conveniencia. En principio, ninguna EPS puede negar la afiliación a la persona que lo solicite, siempre y cuando ésta garantice el pago de la cotización. La ley define el derecho de las personas a elegir su aseguradora y establece también que ésta debe competir por las afiliaciones con calidad y eficiencia.

Una de las principales características de la reforma ha sido aumentar los recursos financieros destinados al aseguramiento en salud. Considerando que los inversionistas privados solo participarán en el modelo si éste se presenta como un mercado rentable, la reforma de salud incluyó nuevas fuentes de financiación e inyectó recursos frescos al sector que hicieran del aseguramiento un negocio atractivo para los inversionistas. Entre los nuevos recursos inyectados al sector se destacan las cotizaciones de los afiliados al régimen contributivo, los recursos provenientes de regalías y una proporción de los ingresos corrientes de la nación.

Bajo la Constitución de 1991 y la ley 60 de 1993, el situado fiscal destinado a salud se elevó del 15% en 1975 al 23% en 1994.<sup>22</sup> Entre 1980 y 1992, hubo un crecimiento sostenido de recursos del sector público destinados a la salud, con un incremento promedio anual de 3,3%.<sup>23</sup> Ya para 1993, más de 7,3% del PIB colombiano se destinaba a salud.<sup>24</sup> Para 1996, el situado fiscal había aumentado al 25,5% de los ingresos del Gobierno central.<sup>10</sup> Según el estudio de Gilberto Barón,<sup>25</sup> el gasto público en salud como proporción del PIB pasó de 1,4% en 1993 a 3,1% en 2003.

Sin embargo, este incremento en los recursos, especialmente en los primeros años de la reforma, no se ha reflejado en un mejoramiento en los indicadores de mortalidad evitable.<sup>26</sup> Colombia ha mantenido un nivel de gasto público en salud relativamente comparable con el observado en otros países de América Latina de igual nivel de desarrollo. Sin embargo no se ha traducido en resultados en salud, similares o superiores a los registrados en estos países de la región. En 2004 el gasto público en salud fue de 3,4% del PIB en Colombia, 2,9% en Chile y 2,4% en México; con resultados contrastantes en los indicadores de esperanza de vida, tasa de mortalidad infantil y tasa de mortalidad general. En este último indicador, por ejemplo, Colombia registró una tasa de 6,7 por cada 1.000 habitantes, en tanto que Chile y México marcaron en su orden tasas de 4,9 y 6,2 por

cada 1.000 habitantes. Guardando las proporciones en materia de gasto público en salud y nivel de desarrollo socioeconómico, es significativo observar que en Costa Rica se tengan resultados sanitarios por encima de los nuestros, tanto en esperanza de vida como en tasas de mortalidad infantil y mortalidad general.<sup>27, 28</sup>

El aumento en los recursos fortaleció el mercado del aseguramiento en salud y el poder de los grupos financieros asociados a algunos actores del sistema. La reforma estableció también que los recursos del aseguramiento para los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado fueran administrados por las EPS y por los entes territoriales, quienes deben asignarlos a las instituciones hospitalarias y afines por medio de contratos de prestación de servicios (financiación de la demanda). Lo anterior implicó que los hospitales accederían a recursos financieros solo mediante la prestación y facturación de servicios, especialmente de aquellos que dejen un margen de utilidad razonable.

La gestión de la salud se centró entonces en la factura más que en el enfermo. De acuerdo con la racionalidad del modelo, las instituciones que no produzcan servicios facturables no recibirán fondos del sistema. Con el fin de introducir en el modelo mecanismos de solidaridad que garantizaran el pago del aseguramiento por parte de la población que no puede cotizar, el SGSSS creó el Fosyga como una cuenta sin personería jurídica ni planta de personal propia, adscrita al Ministerio de la Protección Social. Este fondo maneja cuatro subcuentas donde confluyen y se redistribuyen fuentes específicas de financiación. Dichas subcuentas son: a) de compensación interna del régimen contributivo; b) de solidaridad del régimen de subsidios en salud; c) de promoción de la salud y d) del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito. El Fosyga ha jugado un papel crucial en el desempeño y equilibrio del sistema. En los últimos años ha debido reembolsar a las EPS los gastos generados por las reclamaciones de los usuarios no incluidas en el POS.

La ley 1122 de 2007 estableció que las EPS como Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), tienen a su cargo responsabilidades específicas en materia de aseguramiento, administración y gestión del riesgo, articulación de servicios, garantía de la calidad de los servicios y representación de los usuarios. En la práctica, las EPS han limitado la gestión de los riesgos de sus afiliados fundamentalmente al suministro de los servicios incluidos en los paquetes de servicios. En otras palabras, las medidas de reducción del riesgo de enfermar y morir se dan prioritariamente a demanda del usuario más que por iniciativa del sistema. El desarrollo del aseguramiento en lo que se refiere a reducción de los riesgos individuales del enfermo es particularmente precario en Colombia.

El conflicto de intereses en un ambiente altamente influenciado por los intereses de las EPS ha dado lugar a cambios frecuentes en la normatividad y a una regulación casuística que hace más complejos los procesos administrativos de atención al usuario. La complejidad casuística de la norma refleja la ausencia de principios claros y da lugar a la aparición de barreras de acceso al servicio.<sup>6, 29</sup> La administración de los planes de beneficio, centrada en la facturación y la contención de costos más que en los perfiles epidemiológicos y en la protección frente a los riesgos, ha limitado casi desde su implantación las ventajas sociales del modelo de aseguramiento y dan origen tanto al incremento en las tutelas como al deterioro de los indicadores de salud.

De conformidad con la ley, las EPS y los entes territoriales deben garantizar la prestación de servicios de salud a los afiliados a través de la contratación con las IPS. En la práctica, las EPS manejan los recaudos y han logrado una posición dominante frente a las IPS en materia de contratación, lo que les permite imponer condiciones y precios que no siempre obedecen a estudios de costos según el nivel de atención ni al grado de complejidad de las instituciones.<sup>30</sup>

El aseguramiento en salud se interpreta y administra con base en supuestos económicos aplicables a los mercados perfectos que no son aplicables a la atención de la salud. En los mercados competitivos, cada una de las empresas considera que el precio es independiente de sus actos, si bien son los actos de todas las empresas considerados en su conjunto los que determinan el precio del mercado. La característica principal de un mercado competitivo es que las empresas y los consumidores son tomadores de precios, por lo que ellos no pueden afectar el precio de forma unilateral. En este tipo de mercado, también los agentes económicos adoptan sus decisiones de forma individual, buscando sus propios objetivos (maximizar los beneficios en el caso de los productores y maximizar la utilidad en el caso de los consumidores). En tal sentido, los servicios de salud se administran como mercancías a las que puede accederse, siempre y cuando haya un pago de por medio. La implantación de esta racionalidad en el país ha sido especialmente traumática para la población más pobre, que

al experimentar la negación del servicio ha buscado amparo en las tutelas y ha obligado a organismos como la Defensoría del Pueblo,<sup>31</sup> la Procuraduría General de la Nación<sup>17</sup> y la Corte Constitucional<sup>32</sup> a pronunciarse sobre la inconveniencia e inconstitucionalidad de tales prácticas.

La racionalidad económica centrada en la rentabilidad privada, ha dado origen también a prácticas rentísticas improductivas, desviación de recursos y demora en el flujo de los dineros. Con el ánimo de mejorar su rentabilidad a partir de la gestión financiera de los recaudos, las EPS demoran los pagos a las instituciones de salud con las que tienen contrato, escudándose en trámites administrativos inherentes a las objeciones o las glosas.

El interés por ampliar mercados y maximizar la rentabilidad estimuló a las EPS a prácticas de integración vertical. Al poco tiempo de la implantación de la reforma y sin tener en cuenta la capacidad instalada ya existente en el país, estas instituciones organizaron su propia red de servicios de salud convirtiéndose a la vez en administradoras del aseguramiento y prestadoras de servicios. Mediante la integración vertical de hospitales, laboratorios, farmacias, lavanderías, transporte, mantenimiento, vigilancia, etc., las EPS contienen sus costos, regulan internamente sus precios y obtienen importantes márgenes de utilidad en cada uno de los servicios. Tales condiciones distorsionan el costo real del servicio recibido por el usuario y aumentan la ineficiencia del sistema.

La integración vertical contradice también los principios del modelo que suponía la separación de funciones de aseguramiento y prestación de servicios y fortalece la posición hegemónica de las aseguradoras sobre el resto de los actores. Adicionalmente ha limitado la libre elección del usuario en relación con los prestadores, hecho que enfrenta también diversas barreras como la falta de información sobre la calidad de prestadores y administradoras del aseguramiento y los períodos mínimos de permanencia que establece la norma para poder solicitar traslado.<sup>33</sup> Las consecuencias inconvenientes de la integración vertical fueron evidentes en los primeros años de reforma y pudieron ser resueltas por el Congreso y el Gobierno desde 2007 cuando, en lugar de controlar esta práctica, le dieron legitimidad mediante la ley 1122.

### **2.1.3 Desde su formulación, el modelo de salud adoptado para el SGSSS se ha fundamentado en supuestos más que en evidencias**

Los principios que dieron lugar a la reforma sanitaria en Colombia y que se concretaron en la ley 100 se fundamentan en supuestos que han hecho carrera entre expertos y legos, como si fueran verdades absolutas y que debieron haberse sometido a prueba en el país desde hace varios años, por cuanto han sido el sustento de la política sanitaria de los últimos gobiernos: a) el supuesto de la escasez de recursos; b) el supuesto de que la UPC no alcanza; c) el supuesto de que los costos crecientes son una ley inevitable; d) el supuesto de la demanda infinita; e) el supuesto de que el sistema responde a principios éticos.

Estos supuestos se han utilizado para defender y sostener el sistema de salud en Colombia por más de 15 años y se repiten mecánicamente sin un esfuerzo serio por parte del Gobierno por verificar su validez en el sector de la salud. Debería considerarse con seriedad qué tan válidos son estos criterios y qué tan pertinentes para la discusión.

#### **a) El supuesto de la escasez no se ha documentado técnicamente**

En general está aceptado el principio económico de que los recursos siempre son limitados y que en razón de ello las sociedades deben establecer prioridades para la inversión y gasto de esos recursos. Sin embargo, la priorización debe partir del establecimiento claro de cuál es la realidad histórica de esos recursos y a partir de allí establecer las prioridades. En otras palabras, no puede comenzarse por restringir el gasto sin tener establecido el volumen de los recursos disponibles y/o la corrección de los factores controlables que los están disminuyendo. Resultaría absolutamente carente de lógica y justificación proceder de otra manera.

Con respecto a la situación del sector salud en Colombia, habría que comenzar por precisar qué tan válido es el supuesto de la escasez de recursos. Específicamente, se debe precisar: ¿de qué escasez estamos hablando? ¿Es una escasez real y absoluta? ¿Está el Estado en quiebra? ¿O la escasez es generada por el mismo sistema que la denuncia para justificar su operación? ¿Realmente no hay dinero en Colombia para la salud? ¿O la cantidad de dinero es cada vez menor porque se acumula y se destina a otros fines? ¿No alcanza el dinero porque los enfermos salen muy costosos? Podría serlo, pero entonces ¿qué tanto del dinero destinado a salud termina realmente en atención directa? Ninguna de estas preguntas ha sido suficientemente resuelta en los 15 años de reforma, a pesar de que es el argumento esencial de las EPS y del Gobierno. El supuesto de la escasez de recursos en materia de salud debe fundamentarse en estudios apropiados y en un análisis comparativo y bien documentado sobre la acumulación de la riqueza y los recursos públicos y privados que se han invertido en el país en diferentes áreas. En tal sentido, la política deberá fundamentarse en evidencia sólida que responda: ¿Qué tanto dinero hay, quién lo tiene y en qué se está gastando?

Hace varios años nos estamos preguntando dónde están los dineros de la salud y no hemos tenido respuesta. Estas son preguntas que no se han respondido y mientras estos aspectos no se demuestren no debería aceptarse el supuesto de la escasez en materia de salud. No quiere decirse con ello que el supuesto de la escasez sea falso. Lo que quiere decirse es que mientras no se demuestre que no hay dinero para la salud, el supuesto de escasez no se debería aceptar como cierto.

**b) El supuesto de que la UPC no alcanza**

En un sentido similar, el supuesto de que "la UPC no alcanza" amerita también un análisis serio. ¿En qué estudios se basa este argumento? ¿Qué estudios se han realizado en Colombia para fundamentar una política de tanta trascendencia y cuáles han sido los resultados de la investigación? Si se demostrara, con una metodología que resista la crítica, que la UPC no alcanza, habría que explicar también ¿Por qué no alcanza? ¿No alcanza porque los pacientes consumen todo el costo? ¿O lo que no alcanza es el margen de utilidad de las aseguradoras y de cada uno de los actores involucrados en el negocio? Adicionalmente, el cálculo de costos del POS ha sido muy superficial, aproximado y muy limitado, desde el ejercicio realizado en 1994 para fijar un primer valor de la UPC. Siendo el argumento de que "la UPC no alcanza" un elemento tan importante en esta discusión, tampoco debería aceptarse el supuesto de que en salud el dinero no alcanza, mientras este punto no haya sido demostrado y aclarado a un nivel suficiente para fundamentar una decisión.

**c) El supuesto de que los costos crecientes son una ley inevitable**

Para justificar que en el caso de la salud el dinero no alcanza suele argumentarse también el alto costo de la tecnología y los medicamentos. Este es otro supuesto ampliamente socorrido y para demostrarlo no es difícil encontrar evidencias. Sin embargo el punto es más profundo. ¿Es el alto costo de los medicamentos y la tecnología una fatalidad ineludible que debemos aceptar como ley natural y que nunca podremos evitar? ¿O es más bien el producto de la presión de los comerciantes del ramo y de una política que insiste en liberar los precios de los insumos básicos y los medicamentos sin sopesar los resultados sobre la salud pública? Los organismos internacionales de salud como la OPS y la OMS han insistido en la necesidad de que los gobiernos establezcan medidas regulatorias para limitar el alto costo de los insumos básicos. A este respecto, hay evidencias muy ilustrativas que demuestran que una política pública de control de los medicamentos e insumos esenciales puede reducir sustancialmente los costos de operación de un sistema de salud, como lo hizo Brasil con los medicamentos para el Sida. El precio de los medicamentos es un asunto complejo de interés social que demanda políticas serias dirigidas a proteger y fortalecer la producción de genéricos, controlar las patentes de segundo uso y evaluar la introducción de nuevas tecnologías, El aumento en los precios de la tecnología y los insumos médicos es un efecto de mercados no regulados y no una ley natural. En el caso de Colombia, mientras no se haya demostrado que el alto costo de la tecnología y los medicamentos es un asunto inevitable, no lo debiéramos aceptar como justificación de la escasez.



#### **d) El supuesto de que las demandas en salud son infinitas**

El alcance de este supuesto debería también precisarse porque a primera vista sugiere que todos los individuos acudirán inmediatamente a consumir cirugías, trasplantes y medicamentos contra el cáncer, como cuando se producen rebajas en un supermercado. Este supuesto de la economía no se cumple en el caso de la salud donde el enfermo se comporta como un consumidor obligado por su enfermedad y su consumo se limita a su necesidad. La medicina estética y algunos medicamentos usados sin fines terapéuticos podrían constituir una excepción y habrá que aceptar este argumento, analizarlo y darle respuesta. Sin embargo, como se mencionó antes, estos casos constituyen la excepción y no la regla general en Colombia donde la mayoría de las negaciones tuteladas corresponden a servicios incluidos en el POS. El argumento del costo de los medicamentos y servicios no POS que está pagando el Fosyga tampoco es válido para eludir la igualación de los planes de beneficios.

De todos modos, el argumento de la demanda infinita en materia de salud merece un mejor análisis. Antes de aceptar el supuesto de que la demanda infinita hará explotar el sistema, deben revisarse las evidencias en que se soporta tal afirmación y ponerlas en su justa dimensión. Mientras no se justifique en estudios serios, no debería aceptarse como cierto el supuesto de la demanda infinita, ni como una justificación del supuesto de escasez, ni como soporte de una política de tal magnitud como es la política sanitaria.

#### **e) El supuesto de que el sistema responde a principios éticos**

En varias discusiones realizadas en el sector, se argumenta que la posición del Gobierno está limitada por supuestos éticos y que ante el dilema de adoptar enfoques deontológicos o consecuencialistas se ve obligado a obrar con base en la factibilidad financiera. En las respuestas del Gobierno a la sentencia T-760 se percibe un enfoque consecuencialista de la ética que da origen a una concepción programática del derecho; el derecho se subordinará a los recursos y el Gobierno los garantizará mientras haya dinero para ello. Esta concepción se ha venido abriendo camino en la gestión del sector desde que la ley 100 estableció un paquete de servicios para quienes pagan su cotización y un paquete diferente para los pobres. Sometemos a consideración de la Honorable Corte nuestra discrepancia con este planteamiento que nos cuesta trabajo ajustar a la constitución. Tampoco creemos que en la administración del SGSSS hayan predominado las discusiones de tipo ético.

Por el contrario, la racionalidad del sistema colombiano ha sido predominantemente económica, e incluso, cuando se preocupa por la ética lo hace desde la perspectiva económica. En el mismo sentido, no se puede sostener una perspectiva de eficiencia financiera sin cuestionar el predominio del lucro de los agentes dominantes en el mercado por encima de las necesidades de atención de los ciudadanos. La preocupación ética que los defensores del mercado de los servicios de salud muestran por la destinación irracional del gasto no se compadece con la falta de interés en los efectos de la concentración de la riqueza, la exclusión social de amplios sectores de la población y los avances de la corrupción.

En nuestro concepto, este tipo de argumentaciones nos induce a una discusión inconsistente y superficial de la ética que ha sido invocada sólo para justificar la contención de costos y reforzar el supuesto de escasez que ha servido de excusa a las aseguradoras y al Gobierno para eludir los compromisos con los asegurados. El dilema ético entre los principios deontologistas y consecuencialistas es un argumento muy cómodo para quienes concentran la riqueza, porque este tipo de discusiones los preserva de la crítica y pone el dilema en los pagadores. Consideramos que el debate sobre los alcances de la sentencia implica una seria fundamentación ética, que debe darse ampliamente de cara al público y en un contexto de transparencia que garantice la consistencia del mensaje.

#### **2.1.4 Al impulso de la racionalidad del mercado, la función rectora del Estado se ha deteriorado.**

El modelo de seguridad social adoptado en Colombia es una de las manifestaciones de los planteamientos económicos, ideológicos y políticos del proyecto neoliberal. Dicho proyecto incluye una política de adelgazamiento del Estado que derrumba los sistemas de control estatal sobre la dinámica social y se rige cada

vez más por procesos de oferta y demanda controlados por los grupos económicos hegemónicos. La aplicación de estos principios a la gestión de la salud ha ido acompañada de un retraimiento del Estado en relación con las necesidades públicas y el debilitamiento de la autoridad sanitaria.

Reducidos a su mínima expresión, en materia de salud los entes territoriales quedaron atrapados en la contratación y la gestión financiera, en detrimento de funciones y competencias de vigilancia sobre el mercado de los servicios y de la planificación y control sanitario. La pérdida de control del Estado sobre la dinámica del SGSSS se hace aún más inquietante si se considera que la política gubernamental de reducción de la nómina estatal, asignó a los organismos estatales nuevas responsabilidades.

En la práctica, la política vigente implica atender nuevas funciones con menos personal. El efecto neto de dicha medida ha sido que los organismos estatales de dirección se han centrado en la respuesta a los imprevistos del día a día, mientras las funciones de dirección, vigilancia y control pasan a un segundo plano, tal como lo sugieren las evaluaciones de las funciones esenciales de salud pública realizadas por la OPS, el Ministerio y algunos entes territoriales.<sup>34</sup>

Los entes territoriales argumentan que no tienen ni mecanismos ni recursos para realizar un control efectivo y menos para sancionar las anomalías. Al desarrollo económico de las EPS que las coloca en una posición hegemónica sobre la dinámica del sector, debe sumarse “el bajo perfil técnico y profesional que los últimos gobiernos nacionales y regionales han dado a las direcciones de los entes territoriales y al Ministerio de Salud, reduciéndolo a la condición de Viceministerio con una capacidad de acción limitada y adelgazando la planta de cargos de los entes de dirección, vigilancia y control. En este contexto, la capacidad técnica y política del Estado para orientar la salud pública se ha deteriorado notablemente”.<sup>26</sup> Mucho de la memoria técnica en gestión de proyectos de salud pública se perdió después de la reforma, como lo sugieren los estudios de Arbeláez, Kroeger y otros autores sobre el control de la tuberculosis, la malaria y el SIDA.<sup>35, 36, 37, 38</sup>

### **2.1.5 La reforma sanitaria ha generado condiciones adversas al desarrollo de la red estatal de servicios, especialmente en los municipios pequeños.**

En materia de salud, la reforma sanitaria desintegró en gran medida la red estatal de servicios de salud y obligó a sus instituciones a competir en lugar de operar sinérgicamente.

La noción de red de servicios alude a la articulación estructural y funcional de las acciones con el fin de responder a las particularidades regionales, facilitar el acceso, garantizar la integridad de la atención y reducir los gastos de operación.

La ley 10 de 1990 ordenó que los hospitales estatales se desarrollaran como entes jurídicos competentes para contratar y que sus ingresos debieran provenir de la venta de servicios. La ley 100 estableció que los hospitales estatales debían transformarse en Empresas Sociales y sobrevivir en el mercado a partir de su capacidad para acceder a contratos; ésta ha sido la política del Gobierno desde entonces,<sup>39</sup> sin que se haya realizado una evaluación que tenga en cuenta los efectos de dicha decisión sobre servicios no rentables o comunidades pobres sin capacidad de pago.

Obligadas a competir por los recursos y a operar en función de la factura, las instituciones diseñaron su oferta por su propio lado. Como consecuencia de esta medida se desarticularon las redes de servicios. En la actualidad no existe en Colombia una red de servicios, ni siquiera en el sector estatal. Existen múltiples servicios desarticulados que, cuando interactúan, lo hacen en función de sus contratos y mientras éstos tengan vigencia.

Los estudios sugieren que en Colombia “...existen brechas regionales en cuanto a las condiciones de vida de sus pobladores, las necesidades y problemas de salud, así como en las formas de solucionarlos y de acceder a los servicios de salud”.<sup>40</sup> Reconociendo la variabilidad de las regiones, la ley 715 de 2001<sup>41</sup> dio responsabilidades a los entes territoriales en materia de organización de la prestación de los servicios de salud;

sin embargo, hasta la fecha no se ha observado un desarrollo de la red de servicios de salud, que responda a la demanda evidenciada en los perfiles epidemiológicos de las regiones. Por el contrario, la infraestructura hospitalaria y los puntos de venta de servicios han proliferado de manera desordenada sin que el Ministerio haya regulado su construcción y localización. La distribución de los servicios en los departamentos y municipios muestra desigualdades importantes. Las instituciones más complejas están ubicadas en las grandes ciudades y no son fácilmente accesibles por la población de las regiones más apartadas.

En 2007, en el decreto 3039 que adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, se ordenó a los diferentes actores articularse para la formulación y ejecución de sus acciones dirigidas a prevenir los riesgos que afectan la salud. Sin embargo la racionalidad del sistema sigue imponiéndose sobre esta norma. Inspiradas por la racionalidad económica que las obliga a competir en los mercados, las instituciones estatales y privadas programan sus acciones con base en criterios de utilidad más que en diagnósticos locales que tengan en cuenta las necesidades de la población. A la fecha, el Ministerio no ha evaluado el cumplimiento del Plan ni sus efectos sobre la articulación de los servicios.

Los decretos y resoluciones que regulan el Sistema de Gestión de la Calidad y sus estándares en los hospitales, han pretendido contribuir al mejoramiento de la calidad, sin embargo algunos han resultado requerimientos costosos y muy difíciles de cumplir en los hospitales pequeños, pobres y apartados. En tales condiciones puede ser impensable un proceso de acreditación de estas instituciones las cuales alcanzan actualmente los niveles mínimos de habilitación para prestar servicios de salud.

La Ley 715 de 2001 prohibió la operación de instituciones públicas que hacían parte de las redes de servicios de primer nivel de atención en municipios que no habían logrado certificarse en el año 2001; por lo que siguen operando en forma irregular en cerca de 500 municipios no certificados y no asumidos por los departamentos. En otros municipios muchos centros y hospitales se cerraron, limitando el acceso de la población. Esta situación se ha visto agravada por la escasa o nula participación del sector privado en los municipios más pequeños y pobres donde el mercado de los servicios de salud no es rentable.<sup>84</sup>

### **2.1.6 La reforma debilitó el sistema de referencia y contra-referencia y no ha logrado los estándares de calidad esperados**

De conformidad con el decreto 4747 de 2007<sup>42</sup>, cada EAPB debe definir su red de servicios de salud y establecer su propio sistema de referencia y contrarreferencia. En la práctica, esto último no ha funcionado como se esperaba porque las administradoras del aseguramiento han definido su red de servicios con criterios económicos y no con base en las necesidades de atención en salud de sus afiliados. De otro lado, las IPS no siempre cuentan con la debida capacidad instalada, ni cumplen siempre con a los estándares de calidad definidos en el decreto 1011 de 2006<sup>43</sup> y en las resoluciones reglamentarias para la habilitación de servicios y el sistema de información para la calidad en salud.<sup>44,45</sup>

La baja capacidad instalada de las IPS de primer nivel (favorecida por el escaso desarrollo en la infraestructura y a las fallas en la formación del personal de la salud), la racionalidad que impele a maximizar la rentabilidad y la modalidad de contratación por UPC, incentivan la referencia de usuarios hacia las instituciones de II y III nivel de atención, lo que ocasiona a su vez un aumento de la demanda en estas instituciones, disminuyendo su capacidad para resolver problemas de salud y aumentando los tiempos de espera para las atenciones.

El hecho de remitir innecesariamente un usuario a una institución de segundo o tercer nivel, aumenta las complicaciones y los costos de la atención para el sistema. Un efecto similar se produce cuando desde las IPS de tercer nivel, se incentivan atenciones que pudieran solucionarse en instituciones de primer nivel. Tal es el caso de los partos, que pudiendo ser normales, se *urgentizan* para ser atendidos como cesáreas y dar lugar a cobros mayores, puesto que la atención del parto normal no es un servicio rentable. Esta práctica ha dado lugar a que en Colombia, donde las cesáreas se han elevado en algunos centros al 40% de los casos, superando el 15% planteado por la OMS. Sucede igual con otras patologías donde la *urgentización* que obliga a remitir al usuario al III nivel, da lugar a una facturación mayor y aumenta la rentabilidad de la IPS.

Las modalidades de contratación son fuente también de fallas en el desempeño del sistema. Los contratos de prestación de servicios entre las EPS y las IPS no siempre favorecen a la población de los municipios apartados. La politiquería y el clientelismo interfieren también con la contratación afectando el acceso oportuno de los usuarios al servicio. La capacidad de negociación de las IPS públicas es ineficiente y muy precaria, pues no cuentan con información suficiente y necesaria para definir el perfil epidemiológico de la población potencial a atender, costos y frecuencias de uso por procedimientos, información que les permitiría mejorar su capacidad para contratar de forma eficiente y eficaz.

### **2.1.7 Las acciones de salud pública se han debilitado desde la implantación del modelo**

La OMS define promoción de salud como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Se trata de un proceso político y social no sólo dirigido a fortalecer las capacidades y habilidades, sino también a lograr un mayor control de los determinantes de salud y modificar las condiciones sociales, económicas y ambientales de los individuos en favor de la salud pública e individual”.<sup>46</sup>

La definición plantea un compromiso de los entes gubernamentales, no gubernamentales y de la comunidad en general para enfrentar los determinantes de la salud y modificar las condiciones sociales adversas. Implica la necesidad de abordar el tema de desarrollo comunitario como esencial, favoreciendo la cooperación de la comunidad y asegurando el acceso equitativo, la educación, seguridad económica y apoyo social, en el contexto de políticas públicas de acuerdo a los objetivos de salud.

La ley de seguridad social en salud, planteó como pilares de la prestación del servicio los programas de promoción y prevención, con el fin de cambiar y mejorar las condiciones de salud de los afiliados, sin embargo su concentración en lo económico al momento de aplicarlas, redujo su eficacia y su calidad. En tal sentido, el Ministerio de Salud reglamentó en 1996 las actividades de promoción y prevención de los planes de beneficio para los dos regímenes, contributivo y subsidiado, a través de la Resolución 3997<sup>47</sup> de obligatorio cumplimiento por parte de las EPS, las ARS (ahora EPS-S o EPS) e IPS.

En la práctica, esta medida se caracterizó por el desarrollo atomizado tanto de las actividades individuales como colectivas y enfocadas básicamente a cumplir una norma, porque no se tuvieron en cuenta las necesidades y los problemas priorizados de la población, así como tampoco se tuvieron claras las políticas, las estrategias de implementación, ni las herramientas para su fortalecimiento.

En 1999 se reeditaron las políticas de promoción y prevención con el acuerdo 117 del CNSSS<sup>48</sup> que agrupó las actividades de la Resolución 3997, en acciones de protección específica y detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública. La finalidad de este acuerdo fue integrar las actividades de promoción y prevención al plan obligatorio de salud, buscando una atención de mejor calidad al afiliado y a su grupo familiar.<sup>49</sup>

Posteriormente, la Resolución 412 de 2000,<sup>50</sup> modificada parcialmente por la resolución 3384 de 2000,<sup>51</sup> estableció actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento y adoptó las normas técnicas y guías de atención, las cuales incluyen frecuencias mínimas de uso y procedimientos para el diagnóstico y tratamiento oportuno. El objetivo fue cambiar el modelo netamente asistencialista por un modelo integral que coordinara todas las acciones de promoción y prevención con las asistenciales buscando una mayor calidad en la prestación de los servicios y una mejor gestión por parte de EPS-S y EPS. Su aplicación enfrentó varios problemas; entre ellos la falta de preparación de las IPS para planificar, realizar y evaluar dichas actividades.

Ante el poco impacto del Plan de Atención Básica y las críticas al deterioro de los indicadores de salud pública, la ley 1122 contempló la necesidad de organizar un Plan Nacional de Salud Pública que definiera acciones concretas para impactar la morbimortalidad en el país; en este sentido se expidió el decreto 3039 de 2007,<sup>52</sup> en el cual se adopta dicho plan para el cuatrienio 2007-2010 y se expidió la Resolución 425 de 2008<sup>53</sup> para regular su implementación. A principios de 2008, los alcaldes presentaron ante los Consejos Territoriales el Plan de Salud Pública propuesto para los municipios. El proceso de elaboración de éstos planes municipales presentó

fallas importantes relacionadas con la falta de experiencia del personal de salud en materia de planificación; práctica que se abandonó en el sector desde que se implantó la ley 100. En estos momentos el plan se encuentra en fase de operación.

Las intervenciones y acciones de salud colectivas, así como la vigilancia epidemiológica y la vigilancia en salud, son actividades realizadas por cada actor del sistema en forma separada, sin que medie ningún proceso de articulación entre ellos y mucho menos con otros sectores diferentes al sector salud, responsables de los factores determinantes y/o condicionantes de la salud que de una u otra manera están influyendo en la morbimortalidad de las poblaciones.

### **2.1.8 Los valores y principios de la atención médica centrados en el enfermo han derivado al cuidado por la rentabilidad**

La ley 100 introdujo en Colombia un cambio marcado en los valores y principios que inspiran la comprensión y atención de la salud. El énfasis de la política sanitaria en el modelo de competencia ha impuesto un cambio en los patrones éticos del sistema, donde la rentabilidad económica de los inversionistas, la competencia por los recursos y el afán por sobrevivir en el mercado se consideran más valiosos que la solidaridad, la equidad y el derecho a la vida.

La actual política sanitaria de Colombia impone a la respuesta social una racionalidad perversa que en lugar de contribuir a amortiguar las enfermedades y defunciones y controlar sus determinantes, supedita el beneficio público al beneficio de los inversionistas. Los intereses del mercado se han impuesto también a la ética social y propone al resto de la sociedad que el pretendido derecho de los inversionistas a la rentabilidad predomina sobre el interés de la gente por sobrevivir.

En un ámbito de decisiones controladas determinado por la contención de costos, el acto médico se aleja cada vez más del enfermo. El médico, por su parte, pierde el control de su profesión liberal y se transforma en un asalariado al servicio de los intermediarios del aseguramiento.

### **2.1.9 No existe un buen sistema de información que garantice la gestión razonable y eficiente de los servicios, a pesar de que ello constituye una obligación del Gobierno.**

Después de 16 años de la reforma de 1993 el sistema de información en salud mantiene grandes falencias. Con el fin de unificar y estandarizar la información en el sector salud, el Gobierno expidió la Resolución 3374 de 2000, en la cual se define el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).<sup>54</sup> A pesar de lo anterior, no se tiene del todo una información estructurada y homogenizada que permita un seguimiento y un análisis adecuado para la toma de decisiones, en procura de una mejor definición de políticas y de planificación de los servicios que propendan por un mejoramiento continuo para el logro de la eficiencia, la eficacia y la calidad esperadas en el sistema de salud.<sup>55</sup>

Actualmente las agencias del sistema recogen un volumen enorme de información que nadie procesa y no existe un mecanismo definido para la utilización de las bases de datos de los RIPS que se recopilan más en cumplimiento de un requisito de facturación que para la toma de decisiones.

Más grave aún, las agencias estatales y privadas son muy celosas con información que puede comprometer su gestión y retienen la información crítica sobre el funcionamiento del sistema dándole un manejo confidencial. Este deterioro en el sistema de información no es sólo un lamentable subproducto de la reforma, sino el reflejo del desinterés del Gobierno y las EPS por documentar evidencias que demuestren el resultado de la gestión. No se dispone de información financiera confiable sobre variables críticas para la gestión de las políticas como el flujo real de los recursos financieros, el porcentaje que termina realmente en servicios para el paciente, el valor efectivo de la UPC y la efectividad en el control de los riesgos. Tampoco se dispone de un diagnóstico

actualizado de salud que suministre información sobre el perfil epidemiológico de los riesgos y oriente la gestión de los servicios.

Las fallas en el sistema de información han obstaculizado el adecuado reporte y análisis de la morbilidad atendida (que sumada a estudios de riesgos poblacionales, serían insumos para realizar adecuados estudios epidemiológicos) y de la morbilidad no atendida, para evidenciar los problemas relacionados con las barreras de acceso a los servicios de salud.

En condiciones tan precarias de la información epidemiológica, nos preocupa, honorables Magistrados, la solidez de la evidencia y la calidad de la información que utilizará el Gobierno para formular el contenido del POS en un lapso de seis meses, según lo establecido en los decretos de la emergencia social.

### **2.1.10 El sistema de planeación articulador de la gestión dio paso a la gestión por proyectos susceptibles de contratación**

El valor de la planeación ha cambiado mucho en los últimos años. Los inversionistas y en general el mercado liberal responden mal a los límites que les impone la planificación. Se sienten incómodos ante planes que les obligan al cumplimiento de metas y saben que en cualquier momento puede presentarse una oportunidad más rentable y que los planes centralizados pueden atraparlos en obligaciones que ya no son rentables. El mercado cree más en la flexibilidad de los proyectos que pueden elegirse por conveniencia o pueden liquidarse y abandonarse cuando dejan de ser rentables.

Pese a los esfuerzos de algunos organismos de control, los planes de los entes territoriales han perdido mucho de su fuerza indicativa y se han convertido en nichos para incubar contratos con el sector privado.

Gran parte de las acciones de promoción y prevención que se realizan en el país son ejecutadas por el sector privado con base en contratos que poco o nada tienen que ver con un plan territorial de salud. Por su parte, las agencias privadas realizan sus planes con un criterio de utilidad institucional cuya relación con los planes gubernamentales está mediada por la conveniencia particular.

### **2.1.11 Desarticulación de las redes sociales**

La reforma del sistema colombiano de seguridad social también ha desarticulado en gran medida las redes de participación comunitaria y el recurso de promotoras rurales de salud y promotores de saneamiento básico, que con gran esfuerzo se habían integrado a lo largo del país para controlar los determinantes de la salud y movilizar las organizaciones populares hacia el auto cuidado. Hoy son pocos los municipios que por su cuenta y sin el respaldo del sistema, mantienen esta estrategia. Como es muy difícil facturar estos servicios, no caben en el modelo.

### **2.1.12 En el SGSSS el principio de eficiencia se ha centrado en la contención de costos**

Aunque en teoría el término eficiencia se asume como un tecnicismo, en la práctica es un concepto muy contaminado ideológicamente y en la política sanitaria de Colombia se ha convertido en una herramienta de las administradoras para aumentar su rentabilidad institucional. Cuando las EPS contratan por volumen, solicitan descuentos o contratan a destajo, están aumentando sus utilidades pero a costa del esfuerzo de los prestadores y trabajadores de la salud. Es una eficiencia ficticia. Otros hacen el esfuerzo para ellas, pero este ahorro no revierte en el beneficio del sistema. Este es un manejo muy amañado del término que esconde la inutilidad de la intermediación y justifica la subcontratación. La política sanitaria colombiana incentiva la subcontratación entre diferentes intermediarios generando una cadena de “costos agregados” que no necesariamente están respaldados en un valor agregado. Nos preguntamos ¿en qué consiste el servicio que cobra una aseguradora

cuando subcontrata por capitación y responsabiliza del riesgo a la institución hospitalaria? En esta cadena de intermediaciones gran parte del dinero no llega al usuario. A este respecto, los informes de Planeación Nacional de septiembre de 2004 y el ya citado estudio de Barón muestran que la proporción del gasto que se destina realmente a cubrir los servicios, ha disminuido con el tiempo.

Otro uso amañado del término eficiencia se relaciona con la contención de costos. La eficiencia puede relacionarse con la contención de costos, pero no puede hacerlo a expensa de los costos de operación que reflejan la obligación de la empresa administradora del aseguramiento frente a los derechos de los usuarios.

La intermediación ha sido objeto de múltiples críticas. Sin embargo, hasta el momento no se cuenta con información confiable sobre el valor del gasto invertido efectivamente en atención del usuario. Este análisis es particularmente difícil por cuanto las EPS, aprovechando la integración vertical se facturan a sí mismas desde sus unidades prestadoras de servicios, lo cual es perfectamente posible ante la ausencia de políticas de regulación de precios y mecanismos de vigilancia y control. En este sentido es bien ilustrativo el análisis que realiza el periodista Daniel Coronel sobre la EPS más grande del sistema, la cual ha podido en poco tiempo integrar a la manera de un Holding empresas de los sectores de intermediación laboral, servicios de vigilancia, productos farmacéuticos, prestación de servicios de salud, laboratorios clínicos, suministro de productos hospitalarios, confecciones y lavandería de prendas hospitalarias.<sup>56</sup>

Un área crítica del desempeño del SGSSS se refiere a los costos de transacción; tema que no ha sido estudiado lo suficientemente en el país. En el régimen contributivo se han descrito altos costos de transacción “que dificultan el funcionamiento del mecanismo de precios y hacen imposible la competencia perfecta”.<sup>57</sup> No se dispone de estudios para el régimen subsidiado, aunque una serie de hechos sugiere la existencia de costos de transacción altos. Entre ellos la renovación periódica de contratos entre entes territoriales y aseguradoras y entre éstas y los proveedores, la movilidad de la población entre un régimen y el otro debido a la inestabilidad laboral, la necesidad de actualizar periódicamente el Sistema de Clasificación de Beneficiarios del Subsidio (Sisben) y las demoras en los flujos de fondos.<sup>33</sup>

### **2.1.13 Las administradoras del aseguramiento se han posicionado como un grupo hegemónico en el mercado y en la gestión de políticas públicas de salud**

La reforma sanitaria reactivó en Colombia el negocio de los seguros, destinando recursos financieros al sector. En los primeros años de la reforma, la industria del aseguramiento experimentó una expansión dramática, pues el modelo de “competencia regulada” estimulaba la creación de empresas privadas administradoras del aseguramiento que debían competir por la administración de las cotizaciones de los contribuyentes y los subsidios destinados a los más pobres.<sup>10</sup> El mercado del aseguramiento se fortaleció notablemente con las cotizaciones pagadas por los trabajadores y los empresarios y con las partidas destinadas a los subsidios. Estas administradoras pasaron de recaudar las cotizaciones de un 20,6% de la población en 1993, al 62% en 2004. Para 2009, el 38,77% de los colombianos se habían afiliado en el régimen contributivo y 50,59% en el régimen subsidiado.<sup>26</sup> Más que un cambio en la salud pública, la ampliación de las coberturas refleja el fortalecimiento de la industria del aseguramiento.

Durante la implementación de la reforma, las instituciones privadas refinaron notablemente su capacidad para obtener utilidades. Al ponerse en marcha el modelo de mercado, los empresarios que administraban los recursos fueron asumiendo un papel hegemónico en la gestión de la política sanitaria. En poco tiempo las EPS se consolidaron como uno de los sectores económicos de mayor desarrollo en el país, fortalecieron su poder financiero, traspasaron su negocio inicial y mediante mecanismos de integración vertical incursionaron en la prestación directa de los servicios de salud con lo que mejoraban sus ganancias.<sup>30</sup> La propuesta de reforma suponía la diferenciación de los negocios de aseguramiento y prestación de servicios en un sistema de competencia. Sin embargo la ley 100 no prohibió explícitamente esta práctica y las aseguradoras incursionaron en ambos negocios. Dicha situación no fue fortuita, pues el fortalecimiento de inversionistas, denominados por algunos analistas “nuevos actores”, era uno de los objetivos directos del gobierno del presidente Gaviria y del grupo de cambio que tuvo a su cargo la reforma.<sup>4, 58</sup>

Las tendencias del mercado de aseguramiento fueron tempranamente documentadas. En el 2000 se detectó que en el 66% de los municipios el mercado del aseguramiento del régimen contributivo registraba una tendencia monopólica y en el 29% de las municipalidades dicho mercado se comportaba bajo características oligopólicas; sólo en el 5% de los municipios colombianos se observó un comportamiento competitivo de las EPS del régimen contributivo. Para ese mismo año el mercado de aseguramiento del régimen subsidiado registró tendencias similares. En términos de concentración de mercado, los hallazgos empíricos muestran que en el 56% de los municipios del país se localiza para el régimen contributivo una EPS dominante, es decir una EPS que controla más del 50% del mercado municipal, en tanto que en el régimen subsidiado dicho porcentaje asciende al 74% de los municipios.<sup>59</sup>

El poder que ejercen las EPS en el sistema de salud es expresión de problemas propios de los mercados de aseguramiento que no son fáciles de contener con la mera función de modulación, por lo menos en las condiciones de debilitamiento del Estado y particularmente cuando las administradoras del aseguramiento son parte de la red empresarial en manos de los grandes conglomerados financieros del país. Sus efectos perversos para el sistema de salud van más allá de la opacidad que evidencia el sistema regulatorio y compromete el logro de objetivos en salud como el acceso a los servicios, la calidad en la prestación de los mismos y aún el sano equilibrio financiero del sistema. Es conveniente recordar que, desde la racionalidad económica, la incertidumbre frente a la enfermedad y la necesidad de diluir los riesgos hacen prever una tendencia oligopólica en los mercados de aseguramiento en salud, en tanto que la sostenibilidad financiera exige un tamaño mínimo para su operación en el mercado, concepción que es explícita en las regulaciones del CNSSS.

El poder hegemónico de las EPS y su efecto nocivo sobre el modelo han sido reconocidos por los mismos expertos internacionales que en algún momento apoyaron la reforma.<sup>60</sup> Con la aprobación de la ley 100 las políticas de salud han estado dominadas por las EPS, que en poco tiempo controlaron los recursos financieros y tienen actualmente un poder enorme sobre los demás actores y sobre el mismo Gobierno. El poder político de las EPS depende de su poder financiero y sus vínculos con las élites políticas y económicas del país. Fuera del Congreso, existen otros grupos que intervienen en el proceso de desarrollo de políticas tales como asociaciones de productores, asociaciones médicas, sindicatos, institutos privados de investigación, los medios y grupos particulares que son afectados por decisiones sobre políticas. Aunque todos tienen cierto grado de influencia en ciertas etapas del proceso, son más vulnerables a la agenda del Estado por su falta de representación, la fragmentación en su interacción con los funcionarios públicos y los mecanismos deficientes para afectar la formulación de políticas.<sup>4</sup>

Los abusos de la posición dominante de las EPS han sido denunciados por los diferentes actores del sistema, particularmente por los usuarios y las IPS.<sup>61</sup> Los abusos detectados incluyen la imposición de cláusulas contractuales que discriminan a las prestadoras de servicios la implementación de estrategias de selección de riesgos,<sup>62</sup> la colocación de barreras de acceso y el deterioro en la calidad de los servicios de salud que se presta a los asegurados. No son pocos los obstáculos que las EPS imponen a los usuarios mediante complejos itinerarios burocráticos exigidos para acceder a los servicios.<sup>6</sup>

Se ha descrito además que mientras más poder tengan las EPS en el mercado, mayor es la percepción de mala calidad en la prestación de los servicios de salud.<sup>63</sup> En general, la percepción de mala calidad del servicio cobra importancia creciente entre los usuarios, aumentando del 10% en 2000 al 22% en 2005.<sup>64</sup>

En tales condiciones, es moralmente inaceptable y constitucionalmente controvertible soportar la declaratoria de una emergencia social en salud invocando hechos sobrevinientes relacionados con inducción de demanda, fracasos en la función reguladora y de gestión de las agencias del Estado, corrupción en el manejo de los recursos, desviación de los mismos para fines distintos a la prestación de los servicios y demás, cuando desde sus orígenes estaban establecidos por parte de los teóricos y por los analistas de experiencias similares en otros países, los efectos perversos de un modelo de salud que privilegia los intereses de las entidades privadas, con resultados adversos para la salud de la población y la estabilidad del sistema de salud. Los comportamientos oportunistas y eventualmente dolosos por parte de algunos actores del sistema eran identificables al momento de concebir el sistema de aseguramiento en salud.



#### **2.1.14 La segmentación de la población con planes de beneficios diferenciales ha vulnerado el derecho fundamental a la salud**

Otra característica esencial del modelo colombiano de aseguramiento en salud es la segmentación de la población según su capacidad de pago. Esta diferenciación viola el principio constitucional de igualdad, como lo ha reconocido la Corte Constitucional desde 2008,<sup>28</sup> sin que el Congreso ni el Gobierno hayan tomado las medidas para corregir este grave vicio de inconstitucionalidad. Nos cuesta honorables Magistrados, aceptar que las directrices de la política sanitaria de Colombia sean la universalidad, la integralidad, la equidad y la solidaridad y al mismo tiempo la norma reconozca derechos a unas personas que no reconoce a otras.

La segmentación se concreta en la existencia de diferentes grupos poblacionales con distintos planes de beneficios así: a) Población trabajadora y/o con capacidad de pago para cotizar se afilia al régimen contributivo y tiene derecho a un POS; b) Población pobre sin capacidad de cotizar se afilia al régimen subsidiado y tiene derecho a un POS-S pleno o a un POS-S parcial dependiendo de su nivel de pobreza y de los recursos disponibles en el sistema; c) Población no asegurada recibe servicios de salud, financiados por los entes territoriales en condición de población vinculada, sin un plan de beneficios específico. La atención en salud para ellos está sujeta a la disponibilidad de recursos financieros en cada ente territorial; d) Población perteneciente a los regímenes exceptuados como Magisterio, Ecopetrol, Fuerzas Militares y Policía; e) población de los regímenes especiales afiliadas a las Entidades Adaptadas Obligadas a Cotizar, entre las cuales se encuentran los programas de salud de las universidades públicas del país. Lo anterior, sin contar los planes complementarios, los planes de medicina prepagada y otras opciones de seguros en salud que se ofrecen en el mercado financiero del aseguramiento en salud en el país.

#### **2.1.15 Las numerosas tutelas son expresión de la crisis estructural del SGSSS**

La tutela es un mecanismo de protección individual de derechos fundamentales consagrado en la Constitución de 1991, a la cual han recurrido con bastante frecuencia los ciudadanos para contener las violaciones sistemáticas al derecho fundamental a la salud.

Puede documentarse con base en diversas investigaciones que el incremento en las tutelas no es un fenómeno de aparición súbita y que su notable incremento obedece principalmente a los abusos de las EPS, a la negación y aplazamiento de solicitudes de prestaciones que corresponden a las entidades territoriales y a la ineficiencia en las funciones de vigilancia y sanción, a cargo del Estado.<sup>65, 66, 67</sup>

Según diversas investigaciones, la gran mayoría de las tutelas solicitadas han sido por servicios incluidos en el POS que las EPS, arbitrariamente niegan a los usuarios aunque ya hayan recibido la UPC; es evidente y sistemática la ausencia de sanciones y de controles gubernamentales para remediar esa situación.

Los estudios de la Defensoría del Pueblo muestran que en el período 1999-2002, el 70% de las tutelas en salud fueron por prestaciones incluidas en el POS.<sup>65</sup> Entre 2003-2005 esa proporción descendió a 56,4% y se documenta que un 29,7% de ellas fueron para reclamar exclusivamente servicios no POS.<sup>66</sup>

Para el periodo 2006-2008 este mismo organismo encontró que el 53.4% de las solicitudes incluidas en las tutelas se refieren a servicios que se encuentran en el POS, de las cuales el 85.5% corresponde al régimen contributivo. Así mismo que las cirugías, los medicamentos y los exámenes paraclínicos, en su orden, fueron los servicios más solicitados en las tutelas. Sostiene la Defensoría en su estudio que el 74.8% de las solicitudes por cirugías están en el POS y de estas, el 88.5% pertenece al régimen contributivo. Entre las principales negaciones surgen para aquellas cirugías que requieren insumos o aditamentos adicionales para su realización, tales como la corrección de cataratas, los implantes de stent y en cuanto a ortopedia, las que implican reemplazos articulares y material de osteosíntesis. En medicamentos, el 23.5% de las solicitudes se encontraba en el POS y más de la mitad (51.6%) le pertenece al régimen contributivo.<sup>68</sup>

Un estudio realizado en la ciudad de Medellín encontró que entre 2002-2007 el 88,5% de las tutelas del régimen contributivo, el 57% de las tutelas del régimen subsidiado y el 94% de las tutelas interpuestas por los vinculados, fueron por servicios incluidos en el POS.<sup>69</sup>

Otro estudio también en Medellín para el mismo periodo, documenta hallazgos significativos como los siguientes: los usuarios utilizan la tutela para resolver necesidades en salud y no demandas suntuarias; no abusan del mecanismo, pues sólo recurren a él después de haber agotado otras alternativas como gasto de bolsillo representado en el pago de consulta médica particular, la compra de medicamentos y el pago directo de exámenes y procedimientos. También encontró que aunque se obtenga un fallo favorable para la tutela, éste no es garantía de resolución de la necesidad en salud porque las EPS despliegan estrategias –nuevos aplazamientos, promesas incumplidas de llamadas, prestaciones parciales de servicios– para evadir el cumplimiento de la orden judicial.<sup>70</sup>

Como puede observarse, los resultados de estas investigaciones contradicen el planteamiento que hace carrera entre algunos sectores gubernamentales y actores del SGSSS, que atribuyen el gran incremento de las tutelas al uso irracional por parte de los usuarios y a fallos laxos de los jueces.

## **2.2 Las medidas de emergencia social continúan la práctica del desconocimiento del derecho fundamental a la salud que ha caracterizado al SGSSS**

### **2.2.1 Las medidas de emergencia social no se ajustan a los principios definidos por la Constitución y contradicen varios principios del Estado Social de Derecho**

Las acciones del Gobierno en materia de casos excepcionales deben ajustarse a normas específicas de la Constitución. Las situaciones de excepción también están regladas de manera específica por la Constitución en el Capítulo 6. El artículo 215 establece como requisitos para la declaratoria de emergencia social que los hechos que sobrevengan, perturben o amenacen perturbar en forma grave e inminente el orden social del país, de lo cual se desprende que deben ser hechos obviamente sobrevivientes y extraordinarios. Es decir, los hechos que configuren una emergencia social deben ser de tipo coyuntural y no de tipo estructural.

Teniendo en cuenta los estudios sobre el desempeño del SGSSS citados anteriormente y en particular el informes de la Defensoría del Pueblo sobre la tutela y el derecho a la salud 2006-2008, queda claro que la crisis en salud que da lugar al Decreto 4975 de 2009 no es coyuntural, ni mucho menos sobreviviente. Es un problema estructural de muchos años atrás que requiere soluciones estructurales y de fondo. Soluciones que deben darse por vía del Legislador democrático y pluralista establecida por la Constitución para el Estado Social de Derecho, en el seno natural definido para ello y con la participación efectiva de los colombianos.

Las medidas de emergencia deben limitarse al control de la situación excepcional específica sobreviviente. De conformidad con la Constitución, los decretos con fuerza de ley establecidos al amparo de la Declaratoria de Emergencia Social estarán “destinados exclusivamente a conjurar la crisis y a impedir la extensión de sus efectos”. A este respecto el Gobierno incurre en una profunda contradicción presentando la crisis como un evento coyuntural para justificar la declaratoria de emergencia y al mismo tiempo dictando normas que afectan algunas condiciones estructurales del sistema que constituían su responsabilidad y las cuales pudieron preverse y enfrentarse por la vía ordinaria.

El paquete de decretos legislativos o con fuerza de ley emitidos a la luz de la citada declaratoria puede, sin mucho esfuerzo hermenéutico, asimilarse a una reforma estructural del SGSSS. En tal sentido se estaría violando el artículo 10 de la Constitución en cuanto definió nuestro Estado Social de Derecho como un Estado de configuración democrática y participativa, donde las reformas estructurales no pueden ser fijadas por el ejecutivo a través de declaratorias de emergencia, sino por medio del legislador como estadio natural de la democracia. Los principios constitucionales de democracia y participación exigen que asuntos tan sensibles para la comunidad deban ser concertados por los diferentes sectores sociales.

El contenido específico de algunos de los decretos expedidos en el marco de la emergencia social contradicen diferentes preceptos constitucionales que, analizados en forma integral, finalmente son violatorios del espíritu que informa el texto constitucional en su visión amplia desde el propio Bloque de Constitucionalidad, lo cual puede estructurar una inconstitucionalidad por vía de una clara inconveniencia social de limitar el derecho fundamental a la salud de todos los colombianos. Entre otros podemos referir:

a. Al limitar la autonomía técnica y científica de médicos y odontólogos por medio de la amenaza de graves sanciones, el Decreto 131 de 2010 configura una *desconfianza legítima* hacia el profesional de la salud, que viola el principio constitucional de la buena fe<sup>d</sup> y el derecho al debido proceso.<sup>e</sup>

En igual sentido contradice los preceptos y principios de las leyes 23 de 1981, 35 de 1989 y los propios de la ley 1164 de 2007 en cuanto desconocen las características filosóficas, técnicas y científicas de las profesiones de la salud, no sólo como ciencias, sino también como arte. Las profesiones de la salud no actúan sólo con fundamento en la evidencia científica como parámetro unificador, sino también en la experiencia como parámetro real.

b. Al centralizar los recursos fiscales territoriales en organismos nacionales y supeditar a éstos últimos decisiones que son del resorte de los entes territoriales, los decretos amparados en la declaratoria de emergencia violan los claros y contundentes principios de descentralización administrativa<sup>f,g,71</sup> toda vez que recentralizan el flujo de recursos y muchas decisiones de tipo administrativo con relación a los servicios de salud y a las responsabilidades territoriales.

c. El decreto 128 de 2010 cambia la denominación de los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo por Prestaciones Excepcionales en Salud, generando confusión en relación con vulneraciones al Derecho Fundamental a la Salud que ya habían sido consideradas juzgadas mediante tutelas y sentencias previas.

Sumadas las anteriores consideraciones y ante el panorama jurídico de las posibles violaciones constitucionales por parte de la Declaratoria de Emergencia Social se debería afirmar que precisamente la dignidad humana como principio y como derecho, la propia vida, entendida como vida con calidad y dignidad, el derecho de la seguridad social y lógicamente el derecho fundamental a la salud se ven violentados en detrimento de todas las personas. El goce efectivo del derecho fundamental a la salud se verá aún más fragmentado, el acceso será más difícil, habrá de hecho más barreras de acceso y las acciones de tutela con toda seguridad se incrementarán a pesar del esfuerzo por parte del Ejecutivo de disminuirlas.

Así mismo, se estarían quebrantando nuestros compromisos internacionales, toda vez que se está incurriendo en la regresión de los derechos sociales a la luz de las vinculantes determinaciones del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y de la Observación que propenden por el derecho al disfrute

---

<sup>d</sup> Colombia. Constitución de 1991. Artículo 83: “Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquéllos adelanten ante éstas.”

<sup>e</sup> Colombia. Constitución de 1991. Artículo 29. “El debido proceso se aplicará a toda clase de actuaciones judiciales y administrativas. Nadie podrá ser juzgado sino conforme a leyes preexistentes al acto que se le imputa, ante juez o tribunal competente y con observancia de la plenitud de las formas propias de cada juicio. En materia penal, la ley permisiva o favorable, aun cuando sea posterior, se aplicará de preferencia a la restrictiva o desfavorable. Toda persona se presume inocente mientras no se le haya declarado judicialmente culpable. Quien sea sindicado tiene derecho a la defensa y a la asistencia de un abogado escogido por él, o de oficio, durante la investigación y el juzgamiento; a un debido proceso público sin dilaciones injustificadas; a presentar pruebas y a controvertir las que se alleguen en su contra; a impugnar la sentencia condenatoria, y a no ser juzgado dos veces por el mismo hecho.”

<sup>f</sup> Colombia. Constitución de 1991. Artículo 1. “Colombia es un Estado Social de Derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales...” (Negrillas añadidas fuera del texto)

<sup>g</sup> Colombia. Constitución de 1991. Artículo 209. “La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones. Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado. La administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señale la ley.”

del más alto nivel posible de salud, ordenan la progresividad de los derechos en él contemplados y consagran la prohibición de medidas regresivas y retroactivas del derecho fundamental a la salud.<sup>h</sup>

Preocupa el manejo que el Gobierno ha dado a las disposiciones dirigidas a corregir los vicios del SGSSS recurriendo a medidas de excepción. La participación ciudadana es la clave de la democracia y un principio esencial en los Estados de Derecho. Este derecho constitucional debe desarrollarse de tal manera que se garantice una participación, bien informada, libre y consciente por parte de la ciudadanía.

En tal sentido, los profesores de esta Facultad estamos plenamente de acuerdo en la necesidad de un amplio debate sobre el asunto, que el Gobierno ha debido promover y liderar desde hace tiempo en cumplimiento de los principios constitucionales. Pero observamos con desconcierto que estas condiciones están muy lejos de cumplirse en los mecanismos utilizados hasta el momento por el Gobierno, los cuales constituyen, en nuestro concepto, un mecanismo precario frente a los retos que implica garantizar el Estado Social de Derecho.

Las acciones del Gobierno deben ceñirse en todo a la Constitución, según la cual, Colombia es un Estado Social de Derecho organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

Las acciones del Gobierno deben cumplir también el artículo 2º de la Constitución donde se establece que son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

El artículo 2 de la Constitución está relacionado en forma inescindible con los artículos 365 y 366 de la Carta en cuanto determinan que los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado y que es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional. Así mismo, en cuanto se determina que el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado, será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.

En el marco de una interpretación sistémica e integral de los preceptos constitucionales, el derecho fundamental a la salud se constituye, en su calidad de derecho y en su calidad de servicio público esencial, en el núcleo vital de la materialización de un verdadero Estado Social de Derecho, como un pilar básico de respeto a la dignidad humana. Dignidad humana que a su vez se inserta en los fundamentos de los derechos humanos y en la protección de toda persona en forma universal e integral. En tal sentido, la limitación del goce efectivo del derecho fundamental a la salud y de las prestaciones que de él se derivan es sin duda una violación a la Constitución Política y a los tratados internacionales de derechos humanos que se integran a ella por vía del llamado Bloque de Constitucionalidad.

Las violaciones del derecho fundamental a la salud pueden ser tan sutiles como una barrera de acceso para acceder a una IPS y tan drástica como una medida legislativa o como una medida del ejecutivo por vía de decretos legislativos en el marco de un Estado de Emergencia Social.

### **2.2.2 La emergencia social no enfrenta problemas estructurales de vulneración del Derecho Fundamental a la Salud configurados en 15 años de aplicación de la ley 100 de 1993**

En relación con el derecho fundamental a la salud, la Constitución de 1991 definió a la seguridad social, el saneamiento ambiental y la atención en salud como servicios públicos a cargo del Estado y estableció que la

---

<sup>h</sup> Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Aprobado el 11 de mayo de 2000 y Observaciones 3 y 14 del CESCR.

primera se rige por los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad y que se debe garantizar el acceso universal a los servicios de promoción, protección y recuperación<sup>72</sup> dejó al desarrollo legislativo los términos en los cuales esa orientación se llevará a la práctica. La salud fue definida como derecho fundamental<sup>73,74,75</sup> solo para los menores de un año.<sup>76</sup>

La ley 100 desarrolló ese mandato constitucional creando el SGSSS basado en el aseguramiento en salud en los dos regímenes: *subsidiado* para la población más pobre, seleccionada por focalización y *contributivo* para quienes tienen alguna vinculación al mercado laboral que les permita cotizar para pagar el seguro; otra franja de *población no asegurada* para quien desde la formulación de dicha ley se han puesto dos metas de afiliación<sup>1</sup>.

En 15 años de puesta en marcha de la ley 100, el propósito de igualación del POS no se ha cumplido, omisión que constituye una violación del derecho internacional en salud vigente suscrito por Colombia.

Varias investigaciones realizadas en el país demuestran cómo con la puesta en marcha de esta ley se profundizaron varios obstáculos estructurales de acceso a los servicios de salud, por ejemplo las barreras económicas, y además aparecieron otros nuevos generados por los trámites administrativos impuestos por las administradoras del aseguramiento, la fragmentación territorial de la oferta y los copagos por servicios, los cuales no solo respondían a la nueva estructura del SGSSS sino que buscaban contener costos desestimulando la utilización de servicios.

Los estudios disponibles demuestran que aseguramiento no significa acceso a los servicios y que cuando se logra acceder a ellos, no siempre se resuelve la necesidad en salud.<sup>19, 67,77</sup> No hay entonces realización del derecho fundamental a la salud. A este respecto, “el paseo de la muerte” y el incremento de tutelas, ambas expresiones de la vulneración de ese derecho, han sido ampliamente documentadas en los medios de comunicación y en los trabajos de la Defensoría del Pueblo.

De hecho, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) establece como una de las obligaciones estatales básicas, el *contenido mínimo esencial del derecho fundamental a la salud* (Art 23 PIDESC; Observación General N° 14, Párr. 43 y Declaración de Alma Ata) y dentro de éste a su vez, la provisión de seguro médico y centros de atención a quienes carecen de recursos y así mismo el acceso universal a centros, bienes y servicios de salud equitativamente distribuidos, a medicamentos esenciales y a un plan nacional de salud básica.

Tales componentes coinciden, precisamente, con las áreas críticas de desconocimiento y vulneración total o parcial del derecho fundamental a la salud en el país, como ha sido ampliamente documentado y reconocido por analistas de las más diversas corrientes y por los datos del mismo Gobierno.<sup>1</sup> Tampoco es posible que se avance en los propósitos del derecho internacional bajo el modelo del pluralismo estructurado en que se basa la reforma colombiana.

Así mismo, aunque las encuestas nacionales<sup>18</sup> reportan que la primera vía para resolver necesidades de salud es la búsqueda de servicios institucionales, también coinciden en que las mayores barreras para no hacerlo son económicas. El gran volumen de utilización de la vía jurídica –tutelas– para obtener exámenes y atención especializada incluso para servicios incluidos en el POS<sup>65,66,68</sup> y las órdenes dadas al Gobierno por la Sentencia T-760, demuestran que la afiliación al seguro no resuelve el problema de acceso porque las EPS privilegian la negación o aplazamiento de servicios para contener costos sobre las necesidades de los usuarios.

La baja proporción de medicamentos prescritos entregados en forma completa (en el régimen contributivo es del 54% y en el subsidiado de 44%)<sup>20</sup> también evidencia que aunque el usuario logre utilizar el servicio, no hay

---

<sup>i</sup> Para la población no asegurada, inicialmente denominada vinculada y hoy “población no cubierta por subsidio a la demanda” la ley 100 estableció un período de transición hasta el 2001 para su afiliación a cualquiera de los dos regímenes de aseguramiento, esa meta no se logró, entre otras razones, porque los escenarios macro-económicos previstos no se dieron y ocurrió una profunda crisis económica entre 1999 y 2000. La ley 1122 de 2007 formuló un nuevo plazo –2010– para la afiliación a un seguro subsidiado de toda la población sin capacidad de pago.

<sup>j</sup> Informes anuales del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones 7 de Senado y Cámara y los estudios de la Defensoría del Pueblo sobre tutelas y sobre evaluación de la calidad de atención en salud percibida por los usuarios en los años 1997, 2000, 2002, 2004

resolución integral de las necesidades en salud. Por último los trámites –calificados por los usuarios como excesivos y dispendiosos–, las demoras en la contratación y la fragmentación de la oferta para resolver un mismo problema en varias instituciones dispersas geográficamente, la entrega incompleta de medicamentos y tratamientos y la falta de oportunidad para los servicios especializados agregan otras barreras administrativas y económicas.<sup>67,78</sup> En síntesis, las evaluaciones empíricas muestran que ni aseguramiento ni utilización de servicios significan acceso y que éste, como uno de los componentes del derecho fundamental a la salud, debería ser valorado en términos de resolución integral de la necesidad en salud.

En cuanto a la equidad, no solo se ha profundizado la segmentación y se mantienen los POS diferenciales, también el *gasto de bolsillo en salud* considerado en la literatura como uno de los indicadores más inequitativos de financiamiento<sup>k</sup>, *afecta en mayor medida a los más pobres y a los no asegurados*: con base en la encuesta de calidad de vida de 2003, un estudio del DNP mostró que en Colombia el Gasto de Bolsillo en Salud GBS promedio en consulta médica es prácticamente igual en asegurados y en no asegurados –24.5 y 24.4 dólares, respectivamente–.<sup>17</sup>

En el régimen contributivo, el mismo estudio señala que las cuotas moderadoras para los afiliados más pobres –quintiles 1 y 2– “podrían estar generando una barrera de acceso”. Por otra parte, los copagos en el mismo régimen para la utilización de servicios se incrementaron –15% en 2004– por encima de la inflación anual y del aumento del salario mínimo, mientras que los de la medicina prepagada, que agrupa a los usuarios con mayor capacidad de pago, sólo subieron 5,5% en el mismo año.<sup>79</sup>

Finalmente la *oportunidad real de utilización de servicios* para los no asegurados es la menor en todo el SGSSS; son los que menos consultan por las barreras económicas, lo hacen cuando tienen necesidad de hacerlo y sólo se hospitalizan en momentos críticos de gran avance de la enfermedad.<sup>17</sup> El *acceso a la atención médica* se distribuye desigualmente: en el régimen contributivo es de 80%, en el subsidiado del 75% y en los no afiliados de 52%.<sup>80</sup> A esto se suma la propuesta gubernamental en 2006 de incremento en las tarifas en consulta médica y en 5425 procedimientos para los no afiliados y para los servicios no incluidos en el POS de quienes sí lo están.<sup>81</sup>

Otras investigaciones cualitativas basadas en las percepciones y experiencias de los usuarios en Medellín y Antioquia van en la misma vía. La atención hoy es más costosa y de menor calidad y capacidad resolutive que antes de la ley 100 porque la dispersión geográfica de la red se traduce en demoras y gastos adicionales en transporte; los copagos, trámites y requisitos representan erogaciones altas respecto a los ingresos y al presupuesto familiar; las EPS postergan o niegan la atención especializada y la entrega de medicamentos aduciendo falta de contratos o de insumos, o proveen parcialmente esos servicios –por ejemplo, autorizan sólo un ciclo de tratamiento para el cáncer cuando se requieren varios– para evitar una tutela pero sin resolver integralmente el problema de salud y con frecuencia experimentan “humillación, impotencia y rabia” por el paseo de la muerte, el “maltrato y la falta de sentido humanitario” en la relación paciente-trabajadores de la salud.<sup>67</sup>

Los decretos 128 y 131 de 2010 no consideran relevantes los hallazgos de estas investigaciones, no incorporan disposiciones normativas para afrontar esas situaciones y se centran en la creación de nuevas instancias burocráticas y técnicas y de otro paquete de servicios para restringir los obligatorios, trasladar costos a los usuarios aumentando las iniquidades en salud vía gasto de bolsillo y limitar el criterio médico. Así el decreto 128, introduce una nueva fragmentación con criterio mercantilista, las *Prestaciones Excepcionales en Salud* que son todos aquellos servicios no incluidos en los planes obligatorios y probablemente pagados totalmente o en buena medida por los usuarios, en tanto en el artículo 15 se da vía libre para acudir al ahorro personal, a las cesantías y al patrimonio familiar y a los créditos bancarios para hacerlo. En los capítulos I y II del mismo decreto se crea el *Comité Técnico de Prestaciones Excepcionales en Salud* y el *Fondo de Prestaciones Excepcionales en Salud* (FONPRES) y se insinúa la compleja tramitología que tendrán que afrontar los usuarios para obtener esas prestaciones que algunos analistas avizoran, serán mayores y más costosas que las del POS.

---

<sup>k</sup> El gasto de bolsillo en salud son los pagos directos que hacen los hogares a los proveedores cuando utilizan servicios de salud. Es considerado altamente inequitativo porque implica una erogación adicional a los aportes obligatorios para salud y a los seguros privados –para quienes pueden pagarlos–. Para el escenario regional de América Latina, el gasto de bolsillo en salud es regresivo porque son los hogares más pobres quienes invierten en él, una proporción mayor de sus ingresos.

Con estos decretos, se prevé un aumento de las iniquidades en el acceso y en la prestación de servicios y una legitimación o naturalización de prácticas instauradas desde tiempo atrás, como las descritas en las investigaciones citadas, para contener costos y de paso aumentar las ganancias de las EPS. Todo esto representa un retroceso en el maltrecho derecho fundamental a la salud.

### **2.2.3 La emergencia social profundiza la regresividad que ha caracterizado al SGSSS y viola el principio de progresividad del derecho fundamental a la salud**

La *progresividad* y la *irreversibilidad* se consideran características y principios rectores de los derechos sociales como derechos fundamentales e implican una inversión estatal sistemática en la vía de la universalidad y el no retroceso en los logros alcanzados. En el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales PIDESC, específicamente para salud, en la Observación General N° 14, la progresividad es una “obligación estatal inmediata”.

Los decretos de emergencia social no sólo no resuelven los problemas estructurales e históricos de no universalidad y de inequidad, tal como se anotó en el anterior apartado, sino que los profundizan. Por ejemplo, no explicitan el contenido del POS y posiblemente, como lo advirtió en principio la Facultad Nacional de Salud Pública y posteriormente otros analistas,<sup>84</sup> se nivelará por lo bajo. Así lo sugiere el capítulo II del decreto 131 de 2010, cuando señala que priorizará acciones de prevención, servicios de baja complejidad y atenciones de medicina y odontología generales.

Según el decreto 128 de 2010, todo lo que esté por fuera del POS se denominará Prestaciones Excepcionales de Salud (PES), cuya financiación, según artículos 15 y 16, se constituirá por un fondo finito que se ha calculado en 800.000 millones de pesos anuales, provenientes del IVA al consumo de cerveza y a los juegos de azar. Las personas que no reciban financiamiento de este fondo (en razón de su agotamiento o porque el estudio socioeconómico los excluya total o parcialmente como beneficiarios), les quedará como alternativa financiar las prestaciones excepcionales con el patrimonio familiar, los saldos de sus cesantías, los ahorros en los fondos de pensión voluntaria o mediante endeudamiento en el sector financiero.

## **2.3 Las medidas de emergencia social responden de forma limitada a la problemática del sector**

Hasta 2008 cuando se produjo la sentencia T-760, las administradoras del aseguramiento –tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado– negaban sistemáticamente a los usuarios no solamente los servicios no incluidos específicamente en los respectivos planes de beneficio POS y POS-S, sino también algunos servicios específicamente contemplados en los paquetes. La negación de los servicios se refleja en el número y en la composición de las tutelas y ha sido documentada en diferentes informes técnicos.<sup>29, 82</sup> El problema es de larga data y ninguna de las medidas adoptadas por el Gobierno<sup>83</sup> ha resuelto esta falla estructural.

En 1997, la Corte Constitucional, mediante Sentencia SU-489/97 consagró el reembolso a las EPS de los costos cursados por la prestación de servicios no POS. Desde 1998 se implantó la figura del reembolso. En el régimen contributivo, las EPS fueron autorizadas para solicitar al Fosyga el reembolso por el pago de medicamentos no POS suministrados a los usuarios, cuando éstos hubieran sido aprobados por su Comité Técnico Científico CTC; en cambio, los procedimientos no incluidos específicamente en POS solo podrían cobrarse al Fosyga en cumplimiento de acciones de tutela. En el caso del POS-S, los servicios no incluidos en el paquete, que sí figuraban en el POS (lo que le faltaba como parte del POS-C) lo asumiría el departamento o el juez decidiría al respecto.

Las Sentencias C-316 y C-463 de 2008 señalaron que los usuarios tanto del régimen contributivo como del subsidiado podrán presentar solicitudes de atención en salud ante las EPS en relación con la prestación de servicios médicos –medicamentos, intervenciones, cirugías, tratamientos, o cualquiera otro–, ordenados por el

médico tratante y no incluidos en el POS. En el caso de que las EPS no estudien oportunamente los requerimientos del médico tratante para los usuarios del régimen contributivo respecto de servicios excluidos del POS y sean obligados a su prestación mediante acción de tutela, la sanción que impone la disposición demandada a las EPS es que los costos de dicha prestación serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga. En el caso del régimen subsidiado esta disposición deberá entenderse en el sentido de que los costos de la prestación ordenada vía de tutela serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y las entidades territoriales, de conformidad con las disposiciones pertinentes de la ley 715 de 2001. Como consecuencia de lo anterior, fue expedida por el Ministerio de la Protección Social la resolución 3099 de 2008 que regula el funcionamiento de los Comités Técnico Científicos.

Esta compleja problemática que exterioriza los fallos estructurales del SGSSS, pretende ser resuelta por los decretos de la emergencia social aumentando las barreras de acceso a los servicios de salud.

Sin presentar estudios serios que den cuenta de la situación financiera del sistema (especialmente en relación con las condiciones que puedan explicar la insuficiencia progresiva de los recursos, tales como el costo real de la intermediación, el costo de la corrupción, el valor de los medicamentos y la tecnología médica en un mercado controlado por la integración vertical de las aseguradoras y las debilidades del Estado en las medidas de control y sanción) el Gobierno pretende poner límites al gasto en salud racionalizando costos, especialmente en la prescripción de servicios médicos y de medicamentos.

De otro lado, la emergencia social retrocede en la descentralización de la gestión de la salud y de sus recursos. Así, sus decretos centralizan la gestión financiera de los recursos para la salud, por lo menos en lo que se refiere al pago de los recursos pertenecientes a los entes territoriales. No liberan de sus competencias a los departamentos y municipios, pero sí los despojan del manejo de los recursos. En la práctica el 90% de los recursos de la salud estatal entrarán a operar con el mecanismo conocido como “Sin situación de Fondos” lo que exige a los Departamentos realizar los trámites de presupuestación, contratación e interventoría de los contratos, aunque quien paga es la nación. En tal sentido, el proceso queda bajo el control del Ministerio de la Protección Social, entidad que por lo menos en lo que se refiere a la subcuenta de solidaridad del Fosyga desde 1995 se ha mostrado como un pagador particularmente moroso.

Con relación al tema de la corrupción, que ha sido desde hace varios años uno de los problemas más acuciantes del SGSSS y que constituye uno de los argumentos más utilizados por el Ministro para justificar los problemas del sistema, la emergencia social plantea algunas disposiciones que si bien no pueden considerarse injustificadas, son en esencia reiterativas de normas anteriores que no han demostrado su capacidad para corregir eficazmente el alto nivel de corrupción en el sistema. Además es de anotar que el control de la corrupción es una competencia del Ejecutivo que debió preverse y enfrentarse por la vía ordinaria.

Como medidas contra la corrupción del sector, las disposiciones de la Emergencia se quedan cortas al abordar el tema de forma particularmente superficial. *“No se dice específicamente como se desentrañará el misterio que permite contratar y financiar en el régimen subsidiado a 24.7 millones de personas pero al mismo tiempo solo se tienen carnetizados con derecho efectivo a salud a 20.6 millones, esto genera un descuadre de \$1 billón de pesos y cabe preguntar ¿Quién disfruta, usa o desvía el dinero que financia a 4 millones de cupos fantasmas? Acaso es el colchón del cual se dice que se financia ¿la corrupción territorial? y específicamente ¿el paramilitarismo? y quizás ¿los nuevos partidos que ahora se generan? De otra parte se sabe que más de un millón de subsidiados, a un costo de \$ 250.000 millones anuales, pasan los filtros de las bases de datos del Fosyga (mallas de validación) gracias a las triquiñuelas técnicas de las EPS, ¿propiciando una “corrupción legal” como la del agro ingreso seguro?, pero además en las bases de datos de los municipios hay 6.6 millones de subsidiados no registrados en el SISBEN, que ingresan sin derecho y por politiquería y que ¿quizás forman parte del capital de la reelección?, existen también 5.9 millones sin documentos validos de identificación y 2.8 millones de duplicados en los regímenes subsidiado y contributivo que generan doble costo por la no despreciable suma de \$ 700.000 millones.”<sup>84</sup>*

En un sentido más general y preocupante, ninguno de los decretos de la emergencia social en salud se ocupa de la vulnerabilidad estructural del sistema de aseguramiento en salud, particularmente en lo que respecta al estancamiento del régimen contributivo que es el núcleo del modelo.



Los decretos no consideran que la universalización del aseguramiento, desde la lógica del sistema adoptado en Colombia, sólo es sostenible en el largo plazo si se aplican políticas efectivas de generación de empleo, estabilidad laboral, trabajo decente y mejoras sustanciales en los ingresos de los trabajadores. De otra forma el sistema continuará de crisis en crisis, aportando recursos a los intermediarios, quienes participarán en el negocio mientras encuentren el aliciente de la rentabilidad.

En tal sentido es de esperar una nueva crisis en los próximos meses, a menos que el Gobierno confíe en sostener el negocio del aseguramiento mediante políticas asistencialistas orientadas a la población beneficiaria de subsidios parciales, una práctica que podría generar dividendos políticos mientras persista la discrecionalidad en la asignación de los recursos.

## **2.4 Las medidas de emergencia social no resuelven el desequilibrio financiero estructural del sistema**

Los considerandos de los decretos de la emergencia social no le han recordado al país que una buena parte del “desequilibrio financiero” del SGSSS y “el incremento en la demanda de servicios y tratamientos no POS en las entidades territoriales”, se ha configurado desde mediados de la década de 1990 como una tendencia, en razón de la exagerada apropiación de recursos del sistema por parte de las EPS y de la sustracción de recursos por vía de la corrupción. A lo anterior se agrega el incumplimiento por parte del Estado de los compromisos con el paripassu y la disminución del porcentaje de recursos del SGP destinados a las entidades territoriales.

La Constitución de 1991 y la ley 60 de 1993, a fin de proveer un respaldo fiscal sistemático y suficiente a la descentralización y concretando el espíritu de un Estado Social de Derecho en el mandato del “gasto social prioritario”, establecieron la transferencia progresiva y creciente de Ingresos Corrientes de la Nación (ICN) a los municipios, con criterio de equidad<sup>1</sup> para la asunción de competencias. Esto representó un incremento real del gasto social –que pese a las variaciones en las cifras- se calcula de 6 a 7 puntos del Producto Interno Bruto entre 1991 y 1999.<sup>85</sup>

Esa orientación inicial del gasto social ha sido reducida, desde entonces. Dos reformas constitucionales: una en 2001 –Acto legislativo 01 y ley 715– y otra en 2007 –reforma a las transferencias, Acto legislativo 004–, cambiaron la fórmula de cálculo de las transferencias de la nación a los municipios, desligándola definitivamente de los ingresos corrientes de la Nación<sup>m</sup> Esto representó entre 2002 y 2008, 16.5 billones de pesos colombianos menos para la política social en los municipios colombianos<sup>86</sup> y para el período 2009 a 2016 serán 89 billones de pesos menos.<sup>87</sup>

---

<sup>1</sup> El Artículo 357 de la Constitución de 1991 fija la participación de los municipios en los ICN: éstos se incrementarían del 14% en 1993 hasta –mínimo– el 22% en 2002. Los criterios de equidad determinaron que el 60% de estos recursos se asignarían en proporción directa a la población pobre por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y al nivel relativo de pobreza y el 40% con base en la población total y de acuerdo a la eficiencia fiscal y administrativa y al progreso en calidad de vida.

<sup>m</sup> La fórmula descrita en la cita anterior, se modificó en 2001 con la ley 715 que creó el SGP, donde los recursos más cuantiosos son los aportados por las transferencias de la nación de las cuales dependen en gran medida los municipios, en especial los más pequeños; el cambio consistió en determinar el monto de las transferencias ya no en una proporción creciente de los ICN como lo ordenaba la Constitución, sino en un porcentaje igual a la inflación más un crecimiento adicional del 2% entre 2002 y 2005 y de 2.5 entre 2006 y 2008. Las fechas obedecen a que la medida era transitoria y para conjurar el déficit fiscal. Sin embargo, en diciembre de 2007, la ley 1176 que reformó los artículos 356 y 357 de la C.N. y algunas disposiciones de la ley 715 de 2001, volvió permanente lo transitorio y mantuvo la fórmula de cálculo de las transferencias de la nación a los municipios, así: entre 2008 y 2016 atada a la inflación más un porcentaje decreciente –a partir de 4% en 2008 y hasta 3% en 2016– y un punto adicional para educación. Ambas leyes estuvieron precedidas de los Actos Legislativos requeridos para modificar la Constitución.

La ley 344 de 1996 y los cambios del 2001 disminuyeron los aportes de la solidaridad estatal a un 50% y a un 25% respectivamente<sup>n</sup>. En el caso de salud, el recorte de 2001 representó, a juicio de los expertos, dejar entre cinco y seis millones de personas por fuera de la afiliación a un seguro subsidiado por el Estado<sup>89</sup> y el del 2007, significará 13 billones menos de pesos –6.500 millones de dólares–entre 2008-2016<sup>88</sup> y en valor monetario, 6.9 millones menos de primas de seguros para los más pobres<sup>o</sup>.

Otro aspecto que debe mencionarse entre las razones del desequilibrio financiero es la utilización que el Gobierno nacional ha hecho de aproximadamente cinco billones de pesos del sector para financiar su déficit fiscal, a través de Títulos de Tesorería TES.<sup>89</sup>

Otra causa estructural de la desfinanciación es el porcentaje de recursos públicos que se quedan en la intermediación y en las prácticas de contención de costos de las EPS y que son la caja negra del SGSSS, sin que se haya establecido sobre estas transacciones el control estricto que merecen.

Después de varios años, el Ministerio de la Protección Social no le ha explicado al país en qué proporción los factores mencionados atrás han incidido en el desequilibrio financiero que se ha querido resolver con los decretos de la emergencia social. En tal sentido, la desfinanciación del SGSSS más que un hecho “sobreviniente e inusitado” es la consecuencia de una política gubernamental y de la falta crónica de control del Estado sobre el sistema de salud.

Por lo demás, las tendencias de mediano plazo antes señaladas en materia de gasto público en salud, puestas en las perspectivas de la política fiscal relacionada con otros sectores de la vida nacional, resultan bastante contrastantes con los argumentos de la declaratoria de la emergencia social. Es difícil aceptar que la falta de recursos para salud es imprevista y justifica un régimen de excepción, cuando apenas hace unos meses, por vía ordinaria y sujeto al debate público en el Congreso de la República, se aprobó el presupuesto nacional de 2010, aumentando los dineros destinados a las fuerzas armadas y a la seguridad nacional. El presupuesto nacional para el 2010 asciende a 148.3 billones de pesos, de los cuales 21.1 billones de pesos serán destinados a defensa y gastos militares (14,2% del PIB), cuando hace siete años este último rubro ascendía a 11.3 billones de pesos.<sup>90</sup>

Estas decisiones de política presupuestaria, manifiestas en el manejo del presupuesto público, son expresión de las actuales orientaciones del modelo económico que privilegia los intereses de los grandes capitales nacionales y extranjeros, puestas en evidencia con los privilegios que se han concedido en materia de alivios fiscales por vía de la ampliación de las zonas francas y la concesión de subsidios y créditos livianos a sectores como el agrícola.

Las exenciones tributarias de la política de confianza inversionista y seguridad jurídica para los grandes empresarios, le ha significado al país cerca de 10 billones de pesos<sup>p</sup>, en tanto que en la política de Agro Ingreso Seguro se han comprometido recursos que superan el billón de pesos, captados en buena parte por familias prestantes en varias zonas del país y con resultados desastrosos en materia de áreas cultivadas y generación de empleo en el campo.<sup>91</sup>

Los decretos de emergencia social proponen medidas financieras coyunturales para atacar problemas de índole estructural que el propio Gobierno ha profundizado. Como se mencionó, buena parte del problema se desprende de las reformas constitucionales que recortan los recursos de transferencias y del incumplimiento del paripassu, que han restado recursos a los entes territoriales para cubrir sus compromisos en la prestación de servicios en ambos regímenes. A estas actuaciones gubernamentales habría que adicionar las orientaciones de

---

<sup>n</sup> Se refiere al aporte que el Estado se comprometió a hacer de un peso por cada peso aportado en el régimen contributivo para el financiamiento del régimen subsidiado cuando se formuló la ley 100 de 1993, Los porcentajes del 50% y del 25% representan una disminución de ese aporte a 0.5 y a 0.25 pesos en 1996 y en 2001, respectivamente. La senadora Cecilia López, en el debate que se llevó a cabo el pasado 28 de enero con las comisiones séptima del Congreso de la República, informó que la deuda del Gobierno nacional por recorte del paripassu asciende a cerca de seis billones de pesos, justamente la cifra que según el propio Ministerio de la Protección Social serían suficientes para darle cumplimiento a la sentencia de la corte T-760 sobre la unificación de los planes de beneficios de los dos regímenes de salud.

<sup>o</sup> Rodríguez (2005: 195) afirma que con el recorte a las transferencias realizado en 2001, el régimen subsidiado en salud dejó de percibir \$489.081 millones de pesos colombianos –24.454 millones de dólares– en 2004 y \$794.644 millones de pesos –39.732 millones de dólares– en 2005.

<sup>p</sup> Presentación de la senadora Cecilia López en el debate con las comisiones séptimas del Congreso de la República. Enero 28 de 2010

política en el orden macroeconómico y laboral, que tampoco han ayudado a la sostenibilidad financiera del sistema de salud, en tanto que han generado un fuerte deterioro del mercado de trabajo, cuya dinámica es soporte fundamental en el financiamiento de la salud en nuestro país.

Los problemas financieros del sistema de salud son estructurales, producto de un diseño basado en supuestos que no se han cumplido y en una gestión inadecuada de la política pública. En tal sentido no resulta procedente el propósito del Gobierno de subsanarlos con medidas de contención de costos de la atención médica, por vía de la reducción del POS y el aumento del gasto de bolsillo de los usuarios; no sólo porque estas medidas no resuelven el problema de fondo del financiamiento de la salud, sino también porque generan mayores barreras de acceso a los servicios médicos.

## **2.5 La falta de claridad en los decretos de la emergencia social introducen un alto grado de incertidumbre sobre factores críticos del SGSSS.**

El contenido del paquete básico de servicios denominado Plan Obligatorio de Salud, es un elemento esencial del modelo de competencia regulada; con base en su composición se presume que se definan los costos de la Unidad de Pago por Capitación-UPC, las obligaciones de las EPS y los derechos de los usuarios. En tal sentido el contenido del POS es un elemento particularmente crítico para el SGSSS.

En 1994 se acordó que el contenido del POS sería el mismo que regía para los derechohabientes del ISS. Desde 2007 compete a la Comisión de Regulación en Salud (CRES) la función de actualizar anualmente el contenido del POS.<sup>92</sup> La última actualización del paquete de servicios se produjo el 29 de Diciembre de 2009<sup>93</sup> y luego la emergencia social se propone definirlo de nuevo generando un alto grado de incertidumbre sobre los elementos que dependen de este contenido, particularmente sobre los montos requeridos si se pretende igualar los beneficios del régimen contributivo y el subsidiado y sobre lo relacionado con los servicios no cubiertos por el Sistema.

La situación es preocupante porque nunca, ni siquiera durante la discusión de la ley 100, se ha hecho un estudio serio basado en el perfil epidemiológico de la población que fundamente o evalúe la pertinencia del actual POS. A este respecto conviene recordar que la ley 100 adoptó como POS para el régimen contributivo el mismo plan beneficios del ISS.

En ausencia de un sistema de información apropiado y de un diagnóstico actualizado sobre el perfil epidemiológico, el Gobierno difícilmente podrá sustentar técnicamente, en los seis meses que prevé el decreto 131 (art. 12 párrafo transitorio), un plan de beneficios que responda a las necesidades del país en materia de salud y que se realice con una participación efectiva, libre, consciente e informada por parte de la población afectada. El Gobierno tiene también la opción de ratificar el POS actual, con lo cual prolonga un problema que se viene dando desde hace varios años y frente al cual se pronunciaron la Procuraduría<sup>29</sup> y la Corte Suprema de Justicia<sup>32</sup> exigiendo en su momento los controles apropiados.

En cuanto a la ejecución de los recursos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga, esta ha tenido desde el inicio del sistema un comportamiento irregular en el régimen subsidiado. En lugar de transferirlos completamente a los entes territoriales para que cubran sus obligaciones en salud, el Gobierno Nacional ha invertido parte de ellos TES, sin que hasta el momento se hayan establecido por parte de los entes de vigilancia y control las consecuencias financieras o en vidas humanas de esta medida. Los decretos de la emergencia social ni siquiera hacen mención de este asunto.

No menos preocupante es el futuro de la red estatal de servicios de salud. Ni el SGSSS adoptado por la ley 100, ni las políticas de los últimos gobiernos nacionales han valorado positivamente el papel que juega la red estatal de servicios para resolver las necesidades de la población más pobre. Por el contrario, las referencias que suelen hacerse desde el Gobierno y desde los defensores del mercado, es que constituyen una carga y deberían desaparecer. Esta interpretación coincide con el interés de las EPS en aumentar sus utilidades mediante la integración vertical. En la práctica la integración vertical creciente y los hospitales estatales se comportan

como competidores en el mercado de los servicios. A este respecto debe tenerse en cuenta que los hospitales estatales operan en condiciones de mercado particularmente adversas: deben generar utilidades prestando servicios que no son rentables para el sector privado, mientras las instituciones privadas organizan su oferta según el nivel de rentabilidad.

No es claro el efecto que pueden tener las medidas de emergencia sobre los hospitales estatales. Por una parte, las medidas de emergencia social pueden fortalecer en algún grado su capacidad para presionar el pago oportuno por parte de las EPS. Sin embargo, se verán presionados por la normativa a una mayor competitividad, lo cual equivale a recibir nuevas presiones para su liquidación. Adicionalmente deberán enfrentar la expansión de la integración vertical que se producirá amparada en el artículo 15 del decreto 133 de 2010, que establece que “Las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado contratarán hasta el sesenta por ciento (60%) del gasto en salud con las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud debidamente habilitadas en la región donde operen”.

### **3 Conclusión**

- El Decreto 4975 de 2009 y los que en él se soportan se apartan de los principios generales de la Constitución Política en lo relacionado con las funciones del Gobierno en el Estado Social de Derecho sino también a disposiciones específicas relacionadas con las situaciones de excepción.
- De todas formas, a la luz de la Constitución y las sentencias de la Corte, el goce efectivo del derecho fundamental a la salud debe ser protegido efectivamente mediante medidas de cambio estructural en favor de su universalidad, su integridad y su calidad, que son responsabilidad del Legislativo y del Ejecutivo y que no fueron incluidas en los decretos de emergencia.

### **4 Petición**

Con base en la valoración de los argumentos presentados, solicitamos a la Honorable Corte Constitucional de Colombia que:

1. Declare la inconstitucionalidad de la emergencia social establecida por el decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009 y las medidas amparadas en su contenido.
2. Ejercer en relación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud los controles de su competencia en el marco de los principios constitucionales.

De la Honorable Corte, con todo respeto.



**ALVARO CARDONA**

Decano

Facultad Nacional de Salud Pública

CC. 8.396.234

Correspondencia:

Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia.

Calle 62 No 52-59 Tel 2106800 – 2106801

Email [alvarocardona66@hotmail.com](mailto:alvarocardona66@hotmail.com)

Medellín

Se anexan otras firmas de los profesores de Facultad

Copia de esta comunicación se remite a las siguientes instancias para los fines pertinentes

- Academia de Medicina de Medellín
- Academia Nacional de Medicina
- Asociaciones Colombiana de Sociedades Científicas
- Asociaciones y Alianzas de usuarios
- Cámara de Representantes
- Contraloría General de la Nación
- Defensoría del Pueblo
- Medios de comunicación
- Mesas de Trabajo en Salud de diferentes ciudades del País
- Organismos Multilaterales del Sistema de Naciones Unidas
- Organizaciones Sindicales
- Otras Academias de Medicina del País
- Partidos Políticos
- Procuraduría General de la Nación
- Senado de la República
- Superintendencia de Industria y Comercio
- Superintendencia Nacional de Salud
- Tribunal Nacional de Ética Médica

Profesores de la Facultad Nacional de Salud Pública que tuvieron al oportunidad de adherir con su firma al contenido de la comunicación, al momento de ser enviada a la Honorable Corte Constitucional:

- Pedro Pablo Montes
- Elkin Martínez
- Luz Helena Barrera
- Erika María Montoya
- Jorge Arbey Toro
- Nilton Edu Montoya
- Eliana María González
- Lucelly López
- Diana Escudero
- Olga Amparo Patiño
- Luis Eliseo Velásquez
- Yolanda Lucía López
- Catherine Volcy
- Hernán Sepúlveda
- Eliana Martínez
- María Esperanza Echeverry
- Emmanuel Nieto
- Rubén Darío Gómez
- Luz Mery Mejía
- Silvia Henao
- Leonardo Uribe
- León Darío Bello
- Jesús Ernesto Ochoa
- Juan Fernando Saldarriaga

- Catalina Arango
- Alvaro Giraldo
- Juan Fernando Saldarriaga
- Catalina Arango
- Eugenio Paniagua
- Fernando Peñaranda
- Isabel Cristina Posada
- Hugo Grisales
- Fabio León Rodríguez
- Nelson Agudelo
- Mónica Lucía Soto
- María Luisa Montoya
- Margarita María Pérez
- Luz Nelly Zapata
- Margarita María Montoya
- Carlos Mario Quiroz
- Ruth Marina Agudelo
- Pascua Pérez
- John Flórez

## Referencias bibliográficas

---

- <sup>1</sup> Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud. Washington: Banco Mundial; 1993.
- <sup>2</sup> Stocker K, Waitzkin H, Iriart C. The exportation of managed care to Latin America. *New England Journal of Medicine* 1999; 340(14): 1131-1136.
- <sup>3</sup> Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy* 2005; 71: 83-96.
- <sup>4</sup> González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la factibilidad política de la reforma en salud: un análisis comparativo de Chile, Colombia y México. Boston: Escuela de la salud pública de Harvard; 2000.
- <sup>5</sup> Plaza B, Barona AB, Hearst N. Managed competition for the poor or poorly managed competition? Lessons from the Colombian health reform experience. *Health Policy and Planning* 2001; 16(Suppl 2): 44-51.
- <sup>6</sup> Abadía C, Oviedo D. Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care system. *Social Science & Medicine*. 2009 (68): 1163-1160.
- <sup>7</sup> Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: Towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy* 1997; 41: 1-36.
- <sup>8</sup> Gravaria A, Medina C, Mejía C. Evaluating the impact of health care reform in Colombia: From theory to practice. Bogotá: Universidad de los Andes; 2006.
- <sup>9</sup> Colombia. Ministerio de Salud. La reforma a la seguridad social en salud. Bogotá: El Ministerio; 1994.
- <sup>10</sup> Ruiz F. ¿Es sostenible el sistema general de seguridad social en salud? Bogotá: Cendex, Universidad Javeriana; 2005.
- <sup>11</sup> Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Plan nacional de Desarrollo 2006-2010, Estado Comunitario: desarrollo para todos. Bogotá: DNP; 2006
- <sup>12</sup> Cardona A, Mejía L, Nieto E, Restrepo R. Temas críticos en la reforma de la Ley de seguridad social de Colombia en el capítulo de salud. *Rev. Fac. Nac. de Salud Pública* 2005; 23(1).
- <sup>13</sup> Colombia. Ministerio de la Protección Social. Informe al Congreso de la República 2008-2009. Bogotá: El Ministerio; 2009. p. 24.
- <sup>14</sup> Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta de Calidad de Vida 2003. Bogotá: DANE; 2003.
- <sup>15</sup> Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Gran Encuesta Integrada de Hogares. Diciembre de 2009. Bogotá: DANE; 2009.
- <sup>16</sup> Organización Internacional del Trabajo. Panorama Laboral de América Latina 2009. Lima: OIT; 2009.
- <sup>17</sup> Peñalosa MC. Evaluación del desempeño de las instituciones aseguradoras (EPS y ARS) en términos de su contribución al logro de uno de los fundamentos de la Ley 100 de 1993: la equidad en la prestación de servicios de salud del SGSSS. Departamento Nacional de Planeación. Dirección de Estudios Económicos. Documento 284, Bogotá; 2005. 57 p.
- <sup>18</sup> Rodríguez O. Avatares de la Reforma del Sistema de Seguridad Social, Ley 100 de 1993. En: *Sistemas de protección social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social*. Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2005. p 177-231

- 
- <sup>19</sup> Restrepo JH, Echeverri E, Vásquez J, Rodríguez S. El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia. Centro de Investigaciones Económicas. Medellín: Universidad de Antioquia; 2006. 194 p.
- <sup>20</sup> Asociación Colombiana de la Salud (Assalud), Universidad del Rosario. Pérdidas y ganancias de las reformas en salud. Fascículo 05: Facultad de Economía, Universidad del Rosario: Bogotá; 2007. 12 p.
- <sup>21</sup> Colombia. Congreso de la República. Ley 100 del 23 de diciembre 1993: por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1993.
- <sup>22</sup> Bossert T, Chawla M, Bowser D, Beauvois J, Giedion U, Arbeláez J, et al. Applied research on decentralization of health: systems in Latin America: Colombia case study. Boston: Harvard School of Public Health; 2002.
- <sup>23</sup> Banco Mundial. Colombia: toward increased efficiency and equity in the health sector: can decentralization help?. Washington: El Banco; 1994.
- <sup>24</sup> Harvard School of Public Health. Report on Colombia health sector reform and proposed master implementation plan: final report. Boston: Harvard School of Public Health; 1998.
- <sup>25</sup> Barón G. Cuentas de Salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento. Ministerio de la Protección Social-Departamento Nacional de Planeación. Bogotá: Impresol Ediciones Ltda; 2007.
- <sup>26</sup> Gómez RD. La mortalidad evitable como indicador de impacto de la reforma sanitaria. Colombia 1985-2001. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2008. 26(2) Número especial.
- <sup>27</sup> Comisión Económica para América Latina CEPAL. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. Nueva York: ONU; 2008.
- <sup>28</sup> Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas –Indicadores básicos 2008. Washington: OPS; 2008.
- <sup>29</sup> Linares P, Uprimny R, Carrizosa de López M, Sandoval J, Guarnizo D, Fuentes AP, et al. El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Estado Colombiano en Materia de Quejas en Salud. Bogotá: Procuraduría General de la Nación. Procuraduría Delegada para la Prevención en Materia de Derechos Humanos y Asuntos Étnicos. Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo. Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad - De Justicia; 2008
- <sup>30</sup> Herrera G. Estudio indicativo de precios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. ¿Pagamos más por prestación de servicios a los más pobres? Revista Gestar Salud 2006. (9): 17-19.
- <sup>31</sup> Colombia. Defensoría del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la Salud 2006-2008. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2009.
- <sup>32</sup> Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-760 del 31 de julio de 2008.
- <sup>33</sup> Yepes FJ, Ramírez M, Sánchez LH, Ramírez ML, Jaramillo I. Luces y Sombras de la Reforma de la Salud en Colombia. Ley 100 de 1993: Las reformas de la salud en Colombia, una evaluación integral. Bogotá: Asociación Colombiana de la Salud (Assalud), Facultad de Economía, Universidad del Rosario. 2010
- <sup>34</sup> Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La Salud Pública en las Américas: conceptos, desempeño y bases para la acción. Washington: OPS/OMS, 2002.
- <sup>35</sup> Arbeláez M, Gaviria M, Franco A, Restrepo R, Hincapié D, Blas E. Tuberculosis control and managed competition in Colombia. Int J Health Plann Mgmt 2004; (19): S25-S43.



- 
- <sup>36</sup> Kroeger A, Ordóñez J, Aviña A. Malaria control reinvented: health sector reform and strategy development in Colombia. *Trop Med Int Health* 2002; 7(5): 450-u8
- <sup>37</sup> Jiménez MM, Hinostroza J, Gómez RD. Reformas sanitarias y control de malaria en Colombia 1982-2004 estudio de caso en dos localidades de alta endemia. *Colombia Médica* 2007, 38(2): 114-132
- <sup>38</sup> Velásquez G, Gómez RD, Arias S, Aguirre DC, Hoyos C. Reformas sanitarias e indicadores de atención médica al SIDA: Comparación de dos servicios de referencia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2006 24(1): 18-29
- <sup>39</sup> Colombia. Ministerio de Salud. Recomendaciones respecto al pago del déficit hospitalario y reflexiones sobre un nuevo sistema de asignación presupuestal a los hospitales Públicos. 1997.
- <sup>40</sup> Jaramillo I. La Salud en la otra Colombia: El contraste en los Estados de Salud, la Seguridad Social y la prestación de los servicios en las dos Colombias. *Revista Opera [revista en internet]* 2002 [acceso 3 de febrero de 2010]; 4(4). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=67540409>
- <sup>41</sup> Colombia. Congreso de la República. Ley 715 de diciembre de 2001: por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros Capítulo II: Competencias de las entidades territoriales en el sector salud, Artículo 43, numeral 43.1.1. Bogotá: El Ministerio: 2001.
- <sup>42</sup> Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747 de 2007 por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. El Ministerio: 2007.
- <sup>43</sup> Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: El Ministerio; 2006
- <sup>44</sup> Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 del 3 de abril de 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio; 2006
- <sup>45</sup> Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1446 de 2006: Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud
- <sup>46</sup> Organización Mundial de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa: OMS; 1986.
- <sup>47</sup> Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 3997 de 1996: por la cual se reglamentan las actividades de promoción y prevención de los Planes de Beneficio del Régimen Contributivo y Subsidiado. Bogotá: El Ministerio; 1996.
- <sup>48</sup> Colombia. Ministerio de Salud. Acuerdo 117 de 1997: por el cual se organizan las actividades de la Resolución 3997 de 1996. Bogotá: El Ministerio; 1997
- <sup>49</sup> Pimentel AR. Estrategia de implementación de las Resoluciones 412, 3384 y 3374 de 2000: *Revista Proendo Ltda* 2006 (1): 9-11.

- 
- <sup>50</sup> Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000: por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento y se adoptaron las normas técnicas y guías de atención. Bogotá: El Ministerio; 2000.
- <sup>51</sup> Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 3384 de 2000: por la cual se establecen actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento y se adoptaron las normas técnicas y guías de atención. Bogotá: El Ministerio; 2000.
- <sup>52</sup> Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3039 de 2007: por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá: El Ministerio; 2007.
- <sup>53</sup> Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 425 de 2008: por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorio, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. Bogotá: El Ministerio; 2008.
- <sup>54</sup> Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 3374 de 2000. Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados. Bogotá: El Ministerio; 2000
- <sup>55</sup> López P. RIPS, vistos por las EPS y ARS. [internet] [acceso 16 de enero de 2009]. Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com>. N° 35. 2001.
- <sup>56</sup> Coronel D. ¿Dónde está la bolita? El prodigioso crecimiento de Saludcoop, y de sus similares, ha ocurrido en los mismos años en los que se evidenció la crisis del sector salud. *Revista Semana* 2010.
- <sup>57</sup> Gorbaneff Y, Torres S, Contreras N. Alianza sin confianza. Lecciones de la cadena de salud en Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud* 2006; (10): 5132-5146.
- <sup>58</sup> González-Rossetti A, Ramírez P. Enhancing the political feasibility of health reform: the Colombia case. Boston: Harvard School of Public Health; 2000.
- <sup>59</sup> Grupo Economía de la Salud ges. Oferta del seguro público de salud en Colombia. *Observatorio de la seguridad social* 2001; 2.
- <sup>60</sup> Ronderos MC. Lo mejor y lo más débil del sistema de salud colombiano. *Revista Semana* [revista en internet] 2009 agosto [acceso 5 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.semana.com/noticias-salud--seguridad-social/mejor-debil-del-sistema-salud-colombiano/125943.aspx>
- <sup>61</sup> Gorbaneff Y, Torres S, Contreras N. Fuentes de poder de las aseguradoras frente a las prestadoras hospitalarias en el sistema de salud colombiano. *Gerencia y Políticas de Salud* 2008; 7(14).
- <sup>62</sup> Santa María M, García F, Vásquez T. El sector salud en Colombia: riesgo moral y selección adversa en el sistema general de seguridad social en salud. Fedesarrollo; 2008.
- <sup>63</sup> Pinto DM. La competencia regulada y la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario. *Evidencia del sistema de salud colombiano*. Harvard: School of Public Health; 2002.
- <sup>64</sup> Flórez CE, Soto V. Evaluación de la equidad en el acceso a los servicios y el estado de salud de la población colombiana. Bogotá: cede Universidad de los Andes; 2007.
- <sup>65</sup> Defensoría del Pueblo (2004) *La tutela y el derecho a la salud. Causas de la tutela en salud*. Bogotá, Colombia: 51 p. En: [www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/o2/informe-106.pdf](http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/o2/informe-106.pdf)
- <sup>66</sup> Colombia. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud, período 2003-2005. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2007. 86 p

- 
- <sup>67</sup> Echeverry ME. El Derecho a la Salud en Medellín, Colombia desde la perspectiva de los usuarios, en el contexto de la reforma, 1990- 2006. [Tesis] Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; 2008. 266 p
- <sup>68</sup> Colombia. Defensoría del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la Salud 2006 - 2008. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2009.
- <sup>69</sup> Rodríguez CM. Vulneración del derecho a la atención en salud expresado en las solicitudes y acciones de tutela tramitadas en el municipio de Medellín 2002-2007. [Tesis] Magíster en Salud Pública. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia; 2008. 88 p.
- <sup>70</sup> Gómez DA, Noguera PF, Paja R. Reconstrucción de los procesos de tutela en salud a partir de la percepción de los ciudadanos en el municipio de Medellín, Colombia 2002-2007. [tesis] Administrador de Servicios de Salud. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia; 2009.
- <sup>71</sup> Colombia. Ley 489 de 1998: por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.
- <sup>72</sup> República de Colombia. Constitución Nacional. Art 48 y 49.
- <sup>73</sup> Arbeláez M. La protección a la salud, línea jurisprudencial y notas constitucionales. Bogotá: Centro de Investigación y Educación Popular (Cinep), Acción Ecuémica Sueca diakonia; 2002. p. 80.
- <sup>74</sup> Colombia. Defensoría del Pueblo. El derecho a la Salud en la Constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales. Programa de seguimiento en políticas públicas y derechos sociales. Bogotá: Imprenta Nacional; 2003. 417 p.
- <sup>75</sup> Arango R. El derecho a la salud en la jurisprudencia constitucional. Bogotá: Fundación Ford, Universidad Externado de Colombia, Inédito; 2004. 52 p.
- <sup>76</sup> República de Colombia. Constitución Nacional. Art 44
- <sup>77</sup> Echeverry ME. Estudios de accesibilidad a los servicios de salud en Colombia, antes y después de la Ley 100 de 1993. En: La salud al derecho. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia; 2003. p.75-119.
- <sup>78</sup> Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social. Corporación para la Salud Popular Guillermo Fergusson. Ley 100: balance y perspectivas. Bogotá: 2006. 293 p
- <sup>79</sup> Paredes N. La salud pública: entierro definitivo. En: Reelección: El embrujo continúa. Segundo año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo Colombia: 2004. p.109-118.
- <sup>80</sup> Garay y Rodríguez, 2005; citado por Corporación Guillermo Fergusson; Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social; 2006
- <sup>81</sup> Periódico La República, marzo 30 de 2006.
- <sup>82</sup> Vélez AL. La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alternativo para acceder a servicios de salud? Colombia Médica 2005; 36(3).
- <sup>83</sup> Colombia. Decreto Legislativo 126 de 21 de enero 2010: por el cual se dictan disposiciones en materia de Inspección, Vigilancia y control, de lucha contra la corrupción en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se adoptan medidas disciplinarias, penales y se dictan otras disposiciones.

---

<sup>84</sup> Jaramillo I. La Emergencia Social en salud: ¿una jugada maestra? Razón Pública. [internet] 2010 febrero. Disponible en:

[http://www.razonpublica.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=747&Itemid=160](http://www.razonpublica.com/index.php?option=com_content&task=view&id=747&Itemid=160)

<sup>85</sup> Sarmiento L. Exclusión, conflicto y desarrollo societal. Bogotá: Ediciones Desde Abajo; 1999. p.79.

<sup>86</sup> Toro G. La propuesta para el crecimiento del Sistema General de Participaciones es insuficiente. [internet] 2007 noviembre-diciembre [acceso 21 de enero de 2008]; 442(4). Disponible en: [www.actualidadcolombiana.org/boletin.shtml](http://www.actualidadcolombiana.org/boletin.shtml).

<sup>87</sup> Sandoval MY. Lo que finalmente quedó de las transferencias. Corporación Viva la Ciudadanía [internet] 2007 [acceso 3 de diciembre de 2007]. Disponible en: <http://www.viva.org.co>.

<sup>88</sup> Corporación Región, Alcaldía de Medellín, Secretaría de Bienestar Social. Panorama Social de Medellín y evaluación del modelo de intervención de la Secretaría de Bienestar Social. Medellín: Alcaldía de Medellín; 2006. p.38.

<sup>89</sup> Rodríguez O. La reforma en salud desde la perspectiva del liberalismo radical. En: Restrepo D. La falacia neoliberal. Crítica y alternativas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003. p.363-389.

<sup>90</sup> El espectador. Congreso aprueba presupuesto para 2010 por 148,3 billones de pesos. El espectador, 2009 octubre 20.

<sup>91</sup> Arango L. Un comparativo de las cifras del campo. Portafolio, 2010 enero 6.

<sup>92</sup> Colombia. Congreso de la República. Ley 1122 de 2007: por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Art. 7.

<sup>93</sup> Colombia. Comisión de Regulación en Salud CRES. Acuerdo 08 del 29 de diciembre de 2009: por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Firmas... Carta a la Corte Constitucional - Ref: Declaración de Emergencia Social

Nombre	Cargo, agremiación o Institución	Documento de Identidad	Firma
Pedro P. Morales	Doc.	70089987	[Firma]
Erick HATING L.	Doc.	70088600	[Firma]
Luz Helena Barrera P.	Docente	43434183	[Firma]
Eni Karbiap Heciega	Docente	43740050	[Firma]
Juan P. [Firma]	Docente	98532250	[Firma]
[Firma]	Docente	71790669	[Firma]
Eliana María González Arango	Docente	43908365	[Firma]
Luzelly López López	Docente	21929131	[Firma]
Diana [Firma]	Docente	43592665	[Firma]
Dlga Amparo P.	Docente	43430576	[Firma]
Luis Stiseo Velásquez	Vicedecano <sup>FMSF</sup>	70553013	[Firma]
Yolanda Lucía López Arango	Docente	43081056	[Firma]
Catherine Volce G.	Docente	43740214	[Firma]
Hernán Sepúlveda D.	Docente	58541014	[Firma]
ELIANA MARTINEZ	DOCENTE	43570111	[Firma]
HA ESPERANZA ECHEVERRÍA	DOCENTE FMSF	24363090	[Firma]
Emmanuel Nieto	Docente	78018028	[Firma]
Ruben Danilo Gomez	Docente	3350156	[Firma]
Juz Henry Mejia D.	Docente	43522908	[Firma]

Firmas... Carta a la Corte Constitucional - Ref: Declaración de Emergencia Social

Nombre	Cargo, agremiación o Institución	Documento de Identidad	Firma
Melina Plenas	Docente	32457359	Melina
Juan Carlos Uribe	Docente	8.401.147	Juan Carlos
Luis David Bello P	Docente	70497121	Luis David
José E. Ochoa	"	11581871	José E. Ochoa
Juan F. Soldamiga	Docente	41719021	Juan F. Soldamiga
Catalina Ramírez	Docente	43156347	Catalina Ramírez
Alvaro Girado P	Docente	8292531	Alvaro Girado
Eugenio Paniagua	Docente	70721851	Eugenio Paniagua
Fernando Benavides	Docente	70.097.259	Fernando
ISABEL CRISTINA POJAN	Docente	43.582.208	Isabel Cristina
Hugo Brigales R	Docente	71591455	Hugo Brigales
Fabio León Rodríguez	Docente	8457453	Fabio León
Melina Pineda P	Docente	48537485	Melina Pineda
Lina María Jarama	Docente	42882281	Lina María
M <sup>te</sup> Luisa Montoya	Docente	42876984	Luisa Montoya
Margarita Páez	Docente	40.115.232	Margarita Páez
Luz Kelly Zapata V.	Docente	43075924	Luz Kelly
Margarita M. Moya	Docente	42871787	Margarita M. Moya
Carlos Américo Guzmán	Docente	70100954	Carlos Américo
Ruth Marina Aguilón C.	Docente	32537477	Ruth Marina
PASCUAL PEREZ R.	DOCENTE	70072133	Pascual Pérez
Jhony Flórez	Docente	82411432	Jhony Flórez

Página \_\_\_ de \_\_\_