

ELSY LUZ BARRERA

LA SALUD EN COLOMBIA:

Entre el Derecho a la salud y la Racionalidad Económica del Mercado 1993-2015

(Doctorado en Derecho)

Bogotá D.C., Colombia

2015

UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA
FACULTAD EN DERECHO
DOCTORADO EN DERECHO

Rector: **Dr. Juan Carlos Henao Pérez**

Secretaria General: **Dra. Martha Hinestrosa Rey**

Director del Doctorado: **Dr. Edgar Cortés Moncayo**

Director de tesis: **Dr. Bernardo Vela Orbezo**

Examinadores: **Dr. Mauricio Pérez**

Dr. Emilssen González

Dra. Magdalena Correa

Dr. Oscar Rodríguez

Dr. Rubén Darío Gómez

*Para mí Juan Manuel,
mis familias, maestros, amigas y
amigos que cada día con su sabiduría
me enriquecen como ser humano.
Para todos aquellos que trabajan en el día a día
porque en mi país y en el mundo exista justicia social.*

“Yo soy como soy
y a casi todo el mundo le pedí prestado,
Yo soy como soy
Y a casi todo el mundo yo le tiendo la mano.
Dime qué pena te puedo sanar
Yo quisiera también ser doctor
Solo deseo que para tú mal
tenga alivio mi vieja canción”
Silvio Rodríguez.

AGRADECIMIENTOS

“Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me ha dado el sonido y el abecedario, Con él
las palabras que pienso y declaro.”

Violeta Parra.

A la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP) y a su estatuto docente, por darme la oportunidad a través de la gestión de la Coordinación de Mejoramiento Docente, en aquel momento a cargo de Martha Nubia Cardona, de adelantar estudios doctorales en mi calidad de docente de planta de la institución.

A Oswaldo Beltrán Jara, Hernán Vázquez Rocha, y Pierre Gilhodes por iniciarme en las labores de aprendiz de investigación. A mis amigos, compañeros y colegas de la ESAP, que me animaron a concluir éste proceso de formación.

Al Doctorado en Derecho de la Universidad Externado de Colombia por recibirme en su casa de estudios, a su actual Director Doctor Edgar Cortes, a Julia Rodríguez y al equipo de trabajo por su permanente colaboración y acompañamiento.

Al Dr. Bernardo Vela, director de éste trabajo por sus valiosos aportes teóricos y metodológicos, su confianza, su apoyo permanente, su gran calidad humana en la discusión, dialogo y construcción de este proyecto de investigación en sus diferentes etapas.

A los doctores Emilsse González, Magdalena Correa, Oscar Rodríguez, Mauricio Pérez, y Rubén Darío Gómez, quienes integraron el equipo examinador, por sus reflexiones, observaciones y valiosos aportes para poder cerrar en este punto la presente investigación. Quedaron otros interrogantes por abordar a futuro en un tema tan álgido.

A los profesores y compañeros de los doctorados en Derecho y Sociología Jurídica e Instituciones Políticas del Externado por acercarme a las distintas perspectivas del

derecho y compartir sus experiencias en la elaboración del trabajo doctoral en los seminarios – taller de la escuela doctoral.

A Darío Restrepo, por su generosa acogida durante el año 2009 en el seminario interno del Grupo de Investigación en Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo –CID de la Universidad Nacional de Colombia dirigido por el profesor Oscar Rodríguez. A Carlos Caicedo por su amable invitación a compartir y conocer los debates académicos que se realizan en el país acerca de la problemática de la Salud en Colombia en el programa interacción: Especial Reforma al Sistema de Seguridad Social en Colombia, de Unimedios, entre otros, en los últimos años.

A Gerardo Burgos, Gilberto Álvarez y Álvaro Gutiérrez, quienes me dieron la oportunidad de entrar al mundo laboral del sector salud e interesarme en un asunto clave de política pública. Primero en el Ministerio de Salud, en el Programa de enfermedades transmitidas por vectores y luego en el Instituto de los Seguros Sociales en la Vicepresidencia de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con la ilusión y el sueño de garantizar el derecho a la salud a los ciudadanos de a pie.

A Santiago Perea por la corrección de estilo de la primera versión entregada al Doctorado en Derecho.

A mis compañeros y amigas del sector salud, por contribuir a armar el rompecabezas de los problemas del sector salud, en especial a Lili y Patty quienes desde perspectivas diferentes se entusiasmaron con el proyecto. Me regalaron parte de su tiempo libre, me acompañaron solidariamente en un camino complejo muchas veces en solitario del proceso de indagación, reflexión, reorganización de los temas y capítulos, en la revisión de la puesta en papel de lo que se iba construyendo a partir de las fuentes consultadas, de las estadísticas y cifras, de los altibajos de la crisis de la salud en el país. El proyecto adquirió su vida propia y arrojó el presente resultado, del cual soy su responsable, suscitando nuevos interrogantes.

A Sarita y Elvirita, que desde campos aparentemente ajenos a la economía y el derecho leyeron la versión preliminar del último informe y aportaron para la corrección final de estilo realizada con Patty.

A Cristian Salazar, integrante del Grupo de Investigación en Organizaciones y Gerencia Pública –REDES- de la ESAP por su aporte en la búsqueda de información precisa de fuentes académicas e institucionales del sector salud con miras a la actualización del tema en el presente año; y a los demás miembros del grupo con quienes he compartido el devenir del proyecto.

Al Doctor Carlos Fernando Rincón, Coordinador de la Maestría en Administración Pública por invitarme a socializar el proceso de investigación seguido en este tema con los estudiantes del seminario de investigación de la MAP en la ESAP.

A mis estimados María Clara Arbeláez y Miguel Antonio Sánchez dedicados a la práctica de la medicina desde visiones holísticas e integrales, que me han soportado todo este tiempo con sus cuidados y compartido diálogos sobre el sistema de salud.

A Diana, estudiante de la ESAP, y Shirley en los ajustes a la presentación final.

A mi Juan Manuel, mi niño Uriel, mi Claudia Sofía y mi Melbita por su infinito amor, compañía, comprensión y paciencia que han tenido conmigo durante estos años.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	xviii
LOS PROBLEMAS DEL SISTEMA DE SALUD Y EL DERECHO A LA SALUD.....	xxx
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	xli
PREGUNTA DE INVESTIGACION	xlii
HIPÓTESIS.....	xliii
OBJETIVOS	xlv
OBJETIVO GENERAL	xlv
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	xlv
ESTRUCTURA DEL TRABAJO.....	xlvii
HALLAZGOS.....	xlix
PAUTAS PARA UN REORDENAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD.....	lii
METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....	liv
I. EL ESTADO SOCIAL DE DERECHO Y LA ECONOMIA POLITICA DE	
LA SALUD	1
A. EL ESTADO SOCIAL DE DERECHO Y EL DERECHO A LA SALUD.....	2
1. Fundamentos del Estado Social de Derecho.....	4
2. El Estado Social de Derecho en Colombia. Antecedentes, avances y críticas	8
3. Los instrumentos jurídicos internacionales del derecho fundamental a la salud y algunos referentes filosóficos y teóricos.....	17
3. Bases jurídicas del derecho fundamental a la salud en Colombia	34
B. LA ECONOMÍA POLITICA EN EL SECTOR SALUD.....	44
1. Reflexiones teóricas en torno a la Economía, el Estado y el Mercado	48

2. La economía de la salud desde la visión ortodoxa.....	64
3. Las reformas estructurales promovidas por los Organismos Económicos Internacionales (OEI)	69
4. Lineamientos del Banco Mundial para las reformas en salud	77
5. Política Social y Salud	85
CONCLUSIONES.....	94
II. ANALISIS HISTORICO DE LA SALUD EN COLOMBIA Y EL CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO Y ECONÓMICO PREVIOS A LA LEY 100 DE 1993.....	
A. CONTEXTO HISTORICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA SALUD EN COLOMBIA.....	
1. Reconstrucción histórica del Sistema de Salud en Colombia. Una aproximación.	101
2. Del Sistema Nacional de Salud a un enfoque de aseguramiento. Continuación de la fragmentación	110
B. CONTEXTO ECONÓMICO Y POLÍTICO PREVIO A LA LEY 100 DE 1993	
1. Rasgos políticos relevantes de la sociedad colombiana. Debilidad del Estado, clientelismo y corrupción.	121
2. Situaciones políticas y económicas que antecedieron a la reforma constitucional de 1991.....	130
3. El gobierno de César Gaviria. La Asamblea Nacional Constituyente y la Constitución Política.	134
4. El papel de la Asamblea Nacional Constituyente y aspectos relevantes de la Constitución Política en materia de Seguridad Social.....	145
CONCLUSIONES.....	153
III. EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA. 1993-2015.	
A. MODELOS DE SALUD.....	
	158

1. Generalidades de algunos Modelos de Salud	161
2. El Pluralismo Estructurado	168
B. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SGSSS	175
C. ASPECTOS POLITICOS, ECONÓMICOS, Y LEGISLATIVOS EN LA EVOLUCION DEL SGSSS	190
1. El contexto político y económico después de la Ley 100 de 1993	195
a) Gobierno de Ernesto Samper (1994-1998)	195
2. Comisión de Racionalización del Gasto y de las Finanzas Públicas. Sector salud (1997).....	200
a) Gobierno de Andrés Pastrana (1998-2002).....	207
b) Gobiernos de Álvaro Uribe (2002-2010).....	218
c) Gobiernos de Juan Manuel Santos (2010-...).....	227
3. Ajustes normativos e institucionales y la afirmación de la salud como Derecho Fundamental (Sentencia T-760 de 2008).....	234
d) Iniciativas de Reforma 2002 a 2006	237
e) Ley 1122 del 2007. Ajuste Institucional.	243
f) Sentencia T-760 del 2008. Hito sobre el Derecho Fundamental a la Salud. El papel de la Corte Constitucional	250
g) Emergencia Social en Salud 2009. Iniciativa frustrada	255
4. Los ajustes normativos en Salud durante la administración Santos	264
a) Ley 1438 de 2011. Énfasis en sostenibilidad financiera y en el sistema de regulación, control y vigilancia.	266
b) Proyectos de reforma a la salud 2012-2013. Leyes Ordinaria y Estatutaria.	271
(1) Proyecto de Ley Ordinaria de Salud	277
(2) Ley Estatutaria de Salud-1751	284
CONCLUSIONES	297

IV. ASPECTOS CRÍTICOS DEL SGSSS. ENTRE LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA Y LA GARANTÍA DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD	304
A. LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA Y LA REGLA FISCAL AFECTAN EL DERECHO A LA SALUD.....	312
1. Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud posterior a 2009	313
2. Gasto en el Sistema General de Seguridad Social en Salud	323
3. Aspectos de la crisis financiera del SGSSS	331
B. COBERTURA Y ACCESO	346
C. LOS MEDICAMENTOS Y LA GARANTIA DEL ACCESO A LA SALUD	360
D. LA ACCION DE TUTELA EN SALUD	366
E. FALLAS DEL ESTADO Y DEL MERCADO	379
1. El papel del Estado y sus fallas.....	381
2. La Rectoría o Dirección del Sistema de Salud	385
3. La Regulación	391
4. Inspección, Vigilancia y Control	396
5. Fallas del Mercado de Salud en Colombia	403
F. SALUD PÚBLICA EN LA LEY 100 DE 1993	416
CONCLUSIONES.....	424
CONCLUSIONES GENERALES	430
PAUTAS PARA EL REORDENAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA.....	441
BIBLIOGRAFIA	449
ANEXOS	499

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Sentencias de la Corte Constitucional relacionadas con el derecho a la salud 1992- 2008.....	43
Tabla 2. Consenso De Washington. (Presentación Orgánica)	71
Tabla 3. Enfoques sobre salud y Protección Social. Propuestas	93
Tabla 4. La salud en Colombia, 1938-1950. Configuraciones sociopolíticas.....	105
Tabla 5. Modelos de estructuración y financiamiento de los servicios de salud	162
Tabla 6. Integración de funciones institucionales	166
Tabla 7. Aspectos diferenciales de las cinco propuestas de estudio	275
Tabla 8. Cotización según Afiliación.....	314
Tabla 9. Fuentes de recursos del SGSSS	319
Tabla 10. Usos del SGSSS 2010-2013.....	320
Tabla 11. Los principales componentes y categorías del gasto en salud en Colombia, definidas por el SGSSS	325
Tabla 12. Gasto total del Sistema General de Salud 2004- 2013.....	328
Tabla 13. Comparativo variación IPC Salud vs Incremento anual gasto en salud 2006-2012	329
Tabla 14. Evolución de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social.	347
Tabla 15. Razones por las cuales no tuvieron acceso los colombianos, 1997 y 2012.....	357
Tabla 16. Razones para no utilizar los servicios de salud, 1997 – 2010.....	358
Tabla 17. Registro de tutelas en Colombia - 1999-2014.....	368
Tabla 18. Derechos invocados en las tutelas - 2003-2010.....	369
Tabla 19. Tutelas en salud, según tipo de entidad demandada 2012-2013	373
Tabla 20. Porcentaje de solicitudes POS en cada régimen 2003-2013	374

Tabla 21. Tipo de servicio litigado	376
Tabla 22. Funciones asociadas a procesos de rectoría, inspección y regulación	382
Tabla 23. Gasto Total MS y MTSS 2002; MS, MTSS y MPS 2003; y MPS 2004-2006	388
Tabla 24. Superintendencia Nacional de Salud - Competencias en materia regulatoria	400
Tabla 25. Incentivos en la relación FOSYGA-EPS	414
Tabla 26. Incentivos en la Relación EPS-PRESTADORES	415
Tabla 27. Valores básicos de un Sistema de Salud basado en la Atención Primaria.....	445
Tabla 28. Principios básicos de un Sistema de Salud basado en la Atención Primaria.....	446
Tabla 29. Proyectos de Ley para Reformas en salud presentados en el 2006.....	499
Tabla 30. Las cuentas de la salud en Colombia - Gilberto Barón, cifras a precios Constantes del año 2000	500
Tabla 31. Indicadores del gasto en salud, 2004-2011 (En porcentajes y dólares) ...	501
Tabla 32. Población total, en edad de trabajar, económicamente activa, ocupados, desocupados (abiertos y ocultos), inactivos y subempleados (en miles, promedio anual).....	501

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Diferencias esenciales entre el Sistema Nacional de Salud y la reforma a la Seguridad Social de 1993	116
Gráfico 2. Componentes de los sistemas de salud	169
Gráfico 3. Convergencia entre los modelos de Sistema de Salud.....	171
Gráfico 4. Funcionamiento del Sistema de Aseguramiento en Salud.....	189
Gráfico 5. Estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	249
Gráfico 6. Composición del Sistema General de Participaciones.....	317
Gráfico 7. Usos del SGSSS. Porcentajes promedio de participación 2010-2013	322
Gráfico 8. Gasto en salud como porcentaje del PIB. 2004-2011	323
Gráfico 9. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud. 1993-2013	330
Gráfico 10. Evolución de la Afiliación al Sistema de Seguridad Social - 2000-2010. Variación porcentual.	350
Gráfico 11. Problemas en la afiliación.....	351
Gráfico 12. Necesidad, Disponibilidad y Acceso de los Servicios Médicos en Colombia.....	355
Gráfico 13. Restricción en el acceso a los servicios de salud - 2014.....	359
Gráfico 14. Restricción en el acceso por falta de oportunidad - 2014	359
Gráfico 15. Comparación total de tutelas vs. tutelas en salud - 1999-2014.....	370

ABREVIATURAS

ACOES	Asociación Colombiana de Economía de la Salud.
ACCD	Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo
ACEMI	Asociación Colombiana de Medicina Integral
AFOTESA	Administradoras de Fondos Territoriales de Seguridad Social en salud
ANC	Asamblea Nacional Constituyente
ATPA	Ley de Preferencias Arancelarias Andinas
ARP	Administradoras de Riesgos Profesionales
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CAde	Captura Avanzada del Estado
CAJANAL	Caja Nacional de Previsión
CCF	Cajas de Compensación Familiar
CdE	Captura del Estado
CEDE	Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
CGR	Contraloría General de la República de Colombia
CIA	Central Intelligence Agency
CID	Centro de Investigaciones para el Desarrollo (Universidad Nacional)
CLAD	Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
CONARDES	Comité Nacional de Resolución de conflictos sobre el derecho a la salud
CRES	Comisión de Regulación en Salud
CSS	Comisión de Seguridad Social
CTC	Comité Técnico Científico

DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DAS	Departamento Administrativo de Seguridad
DEA	Drug Enforcement Administration
DESC	Derechos Económicos, Sociales y Culturales
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DPSN	Departamento de Población Salud y Nutrición- BM
ECV	Encuesta de Calidad de Vida
ELN	Ejército de Liberación Nacional
ESD	Estado Social de Derecho
ESDD	Estado Social y Democrático de Derecho
EPL	Ejército Popular de Liberación
EPS	Empresas Promotoras de Salud
EUA	Estados Unidos de América
FARC	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia
FIP	Fondo de Inversiones para la Paz
FMI	Fondo Monetario Internacional
FOGAFIN	Fondo de Garantías de las Instituciones Financieras
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
FUSESA	Fondo Único de Seguridad Social en Salud
IBC	Ingreso Base de Cotización
ICSS	Instituto Colombiano de Seguros Sociales
ICBF	Instituto Colombiano del Bienestar Familiar
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
IPS	Instituciones Prestadoras de Salud
ISS	Instituto de Seguro Social
ISI	Industrialización por Sustitución de Importaciones
IVA	Impuesto al Valor Agregado
MPS	Ministerio Protección Social

MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OEI	Organismos Económicos Internacionales
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMC	Organización Mundial del Comercio
OPS	Organización Panamericana de Salud
PAC	Plan de Acciones Colectivas
PAB	Plan Atención Básica
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PEA	Población Económicamente Activa
PGN	Presupuesto General de la Nación
PIN	Plan de Integración Nacional
PIB	Producto Interno Bruto
PLANTE	Plan Nacional de Desarrollo Alternativo
PNSP	Plan Nacional de Salud Pública
POS	Plan Obligatorio de Salud
POS-C	Plan Obligatorio de Salud – Régimen Contributivo
POS-S	Plan Obligatorio de Salud- Régimen Subsidiado
PPNA	Población Pobre No Asegurada
PRAP	Programa de la Reforma de la Administración Pública
PRT	Partido Revolucionario de los Trabajadores
RAS	Red de Apoyo Social
RCdE	Reconfiguración Cooptada del Estado
RSS	Red de Solidaridad Social
SENA	Servicio Nacional de Aprendizaje
SGP	Sistema General de Participaciones

SGP-C	Sistema General de Participaciones- Régimen Contributivo
SGP-S	Sistema General de Participaciones- Régimen Subsidiado
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SILOS	Sistemas Locales de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SOAT	Seguro Obligatorio de Accidentes de Transito
TLC	Tratado de Libre Comercio
UNESCO	Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (en Idioma Inglés United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization)
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (En idioma Inglés United Nations International Children's Emergency Fund)
UPC	Unidad de Pago por Capitación
UPAC	Unidad de Poder Adquisitivo Constante
UVR	Unidad de Valor Real

INTRODUCCIÓN

“Es apasionante incursionar en lo que ha sido el desarrollo del Sistema de Salud en Colombia. En parte porque se trata de un área de gestión y organización pública de gran complejidad, que comprende la articulación público privada y solidaria, y porque toca los cimientos mismos del Estado de Derecho, de la Economía Pública, de la Economía Política y del interés auténtico de la sociedad, en cuanto que la salud es por esencia especialmente colectiva, a la vez que es de toda familia e individuo.”.

I. Édgar González Salas¹

La atención en salud en Colombia, a partir de la adopción del sistema de aseguramiento hace dos décadas, ha presentado una serie de problemas que se han vuelto recurrentes e impiden la realización del goce del derecho a la salud en un Estado Social de Derecho (ESD). Los diversos ajustes institucionales y las medidas tomadas para resolver las crisis presentadas, no han modificado el diseño estructural del Sistema de Salud y en consecuencia no han sido resueltas de manera adecuada por las instancias correspondientes; los distintos actores, afectados por los problemas del sector, presionan al Estado para que atienda sus inquietudes y las resuelva de manera acorde a su visión. La perspectiva de derechos le posibilita al ciudadano exigirlos cuando éstos le hayan sido vulnerados, de tal manera que para evitar los costos de transacción sería más adecuado reorientar la política pública en salud hacia los principios del Estado Social de Derecho.

Al revisar los instrumentos jurídicos de carácter internacional tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos, La Declaración Americana de los Derechos del Hombre y sus protocolos modificatorios, así como los principios de la, se observa que el derecho a la salud se entiende como un derecho humano

¹ GONZÁLEZ SALAS, Édgar. La política pública de salud y la fallida emergencia social: ¿hay soluciones?. En: CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. El laberinto de la seguridad política, en Política Colombiana N° 4, abril-junio de 2010, p.103

caracterizado por ser universal, vinculante, inclusivo e interdependiente con otros derechos humanos y que está ampliamente regulado.

”Entraña libertades y derechos, se reconoce la salud como un bien público, garantizado por los estados parte. Es un derecho que leído en el contexto del estado social implica la dignificación del ser humano y la búsqueda de su bienestar integral.

El derecho a la salud en clave de lectura del estado social, (se concibe) como un derecho integral e integrador bajo la premisa que el derecho a la salud implica la garantía real a gozar de un estado físico, mental, emocional y social que permita al ser humano desarrollar en forma digna y al máximo sus potencialidades, en bien de sí mismo, de su familia y de la colectividad en general”²

De esta manera, existe una conexidad de la salud como derecho fundamental con otros conjuntos de derechos, en la medida que sin garantizar los factores que determinan la salud, no es posible el ejercicio de los otros derechos humanos: al trabajo, a la educación, a la seguridad, y demás, en consecuencia, la salud se concibe como un elemento central en la dignidad de las personas y factor determinante de sus derechos humanos.

La salud en este contexto, incluye la interrelación entre determinantes como la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad, que no sólo implican relaciones entre el Estado, las personas y los demás actores del sistema, sino que configura las orientaciones en materia de programas, estándares y mecanismos de acceso en el sentido de acceso, físico, económico y de información que deben tener todas las personas, para garantizar como tal el derecho. Además involucra las responsabilidades que el Estado adquiere como garante del orden social en cuanto al reconocimiento de los derechos humanos, relacionados con el respeto, protección y

²GAÑAN, Jaime. De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia, En: Revista Monitor Estratégico 2013. Superintendencia de Salud de Colombia No 3 Enero-Junio de 2013 p. 8

cumplimiento del derecho a la salud y la cooperación en el orden internacional con otros países, en la suscripción, adopción y cumplimiento de acuerdos internacionales, así como también el soporte técnico y económico, de manera que se cumpla el principio de proporcionalidad y se garantice la satisfacción de los niveles básicos de asistencia y cuidado de salud en términos de universalidad y no discriminación a los habitantes de un territorio determinado.

En este orden de ideas, *el derecho a la salud como derecho fundamental* tiene un contenido formal y material determinado por los fines, valores y principios que dan sustento a la forma Estado Social de Derecho. Ello conduce a analizar el cumplimiento de las obligaciones en materia de salud propias de un ESD, en relación con el modelo de aseguramiento propuesto en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993³.

En la Constitución Política de 1991 Colombia⁴ con la adopción del ESD como una forma de Estado, concibió la salud como un derecho fundamental en conexidad con el derecho a la vida; con la sentencia T-760 de 2008 se le dio a la Salud el carácter de derecho fundamental y posteriormente ratificado en la Ley Estatutaria de Salud de 2015, conforme a los lineamientos de los Organismos Políticos Internacionales. El hecho de que la salud deba ser prestada y garantizada por el Estado hace que este derecho esté asociado con el desarrollo de la democracia para alcanzar la equidad, en un sistema político y se le reconozca al ciudadano el derecho a exigirlo.

³CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 100. (23, Diciembre de 1993), Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá D.C., 1993 No 41.148, Disponible en internet: <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>. Consultado a partir del 28 de junio de 2008.

⁴ COLOMBIA, Constitución Política de 1991 Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Bogotá, Legis, 1991.

Los lineamientos políticos del ESD en relación con salud, se contraponen a las directrices que han dado Organismos Económicos Internacionales (OEI) a países en vía de desarrollo para lograr el equilibrio fiscal de los países, bajo la concepción de la salud como un servicio. Ellos plantean un modelo económico en salud con énfasis en el mercado, la focalización de subsidios y el manejo de riesgos individuales, buscando estándares de eficiencia financiera en detrimento de la equidad y la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Por lo anterior es importante revisar las corrientes de pensamiento económico, entre las que se encuentran tres visiones relevantes, la primera es la de Keynes y sus seguidores como Stiglitz y Krugman, quienes plantean que el Estado debe intervenir en la economía para regular las fallas del mercado; la segunda es la ortodoxa, planteada por los economistas neoclásicos, en la cual el Estado debe intervenir lo menos posible, bajo la premisa de que el mercado crea sus propias reglas. Las corrientes neo institucionalistas han desarrollado planteamientos teóricos para el análisis de los contratos y de los costos de transacción. Una tercera visión es la heterodoxa, en la que se destaca la escuela de la regulación para quien el Estado, en su forma institucional, puede modular tanto los intereses sociales como los políticos e intereses del mercado. Este enfoque analiza cómo la organización de las autoridades públicas se relaciona con la dinámica económica.

Las corrientes económicas inciden de manera específica en dos enfoques de Política Social: el de integración social y el selectivo. El primero, es un enfoque institucional redistributivo que considera el bienestar social basado en el principio de necesidades, que debe cubrirse a través de gasto público social para lograr justicia social y equidad. A la visión anterior, se contrapone el enfoque selectivo, centrado en la rehabilitación y rescate de la población en situación de desventaja extrema, con estrategias de focalización. Se fundamenta en el hecho de que el Estado al ser ineficiente tiene poca capacidad para regular los mecanismos económicos y

distributivos del mercado, por lo cual, los actores privados juegan un papel importante en la puesta en marcha de la política social. Este último es el que se ha implementado en Colombia.

En América Latina, desde de los años 80, se iniciaron una serie de reformas constitucionales que, según Gargarella⁵, tenían tres factores en común. El primer factor era la transición hacia el régimen democrático, el segundo era la preocupación de los sectores políticos y sociales por la desigualdad económica y el deterioro institucional y el tercero, la presión de los OEI y de las élites tecnocráticas para poner en marcha las principales medidas de ajuste y reestructuración económica.

Las políticas de ajuste estructural llevan esta impronta: Procesos de privatización, flexibilización laboral, abolición del control de precios, la apertura, reformas financieras y de seguridad social, que conforman el paquete de medidas “sugeridas” por el Banco Mundial. Las denominadas reformas pro-mercado⁶ encuentran soporte en esta generación de economistas que se apoya en los principios de la economía neoclásica; los conceptos de racionalidad y búsqueda de equilibrio tendrán una aplicación universal y confluyen con la corriente neoliberal; la preocupación teórica se desplaza hacia precios, mercados e incentivos.

En América Latina, se hace referencia a las reformas impulsadas por el Consenso de Washington, que evolucionaron en reformas estructurales de segunda generación. “Cada una de las reformas del consenso es justificada con un discurso basado en las bondades del mercado, en la asignación de recursos, lo cual permite

⁵GARGARELLA, Roberto. Un breve balance de la reforma constitucional de 1994, 20 años después. En revista: Pensar en derecho. N5.p.20.

⁶RODRIGUEZ SALAZAR, Oscar. ¿Hacia una reforma del Sistema de Seguridad Social: salud, pensiones y riesgos profesionales? CID-Universidad Nacional-Ministerio de Salud. Tomo III, noviembre de 2002. p 49

afirmar que tales reformas tienen un contenido liberal, o si se quiere Neoliberal.”⁷ Es así como las funciones del Estado dirigidas a la distribución de la riqueza, a la protección de los trabajadores y a garantizar los compromisos del Estado social de derecho se difuminan.⁸

El ajuste estructural repercutió en los sistemas de seguridad social. A finales de la década de los ochenta, “la presión de los organismos internacionales (Fondo Monetario Internacional (FMI), Banco Mundial (BM)) para restaurar el equilibrio fiscal llevó a identificar la seguridad social como causa del déficit, pero también como una fuente potencial de financiamiento y desarrollo de los mercados de capitales”⁹.

El sistema de salud que se ha desarrollado en el país, desde los noventa, ha tenido un enfoque predominantemente económico, con énfasis en el mercado, la focalización de subsidios y el manejo de riesgos individuales, buscando prioritariamente la eficiencia financiera, en detrimento de la equidad y de la calidad en la prestación de los servicios.¹⁰

La tendencia observada en América Latina, respecto a la seguridad social, ha sido la de privatización total o parcial de los sistemas de pensión y salud, más

⁷GIRALDO, Cesar. ¿Protección o desprotección social?. En: Ediciones desde abajo, Bogotá 2007. Capítulo 3. p. 136.

⁸ Ibíd, p 126: “Se denomina Consenso de Washington a los acuerdos de finales de los años ochenta entre los principales organismos financieros internacionales, el Tesoro de los Estados Unidos y los gobiernos más poderosos del mundo, cuyos principios son diez: disciplina presupuestaria; garantía de los derechos de propiedad; desmonte de los subsidios y reorientación del gasto público hacia la infraestructura; reforma fiscal para ampliar la base imponible; liberalización financiera (sobre todo en lo relacionado con los tipos de interés); tipo de cambio competitivo; apertura comercial; liberalización de la inversión directa extranjera; privatización de empresas públicas; desregulación del mercado laboral (que no es cosa distinta que el desmonte de las garantías laborales)”.

⁹MESA-LAGO, Carmelo. La reformas de las pensiones en América Latina y la Posición de los Organismos Internacionales. En: Revista de la CEPAL, No. 60, 1996. p. 78.

¹⁰BAZZANI, Roberto; et al. Nuevos Horizontes para la producción de conocimiento y las políticas en protección a la salud. Contenido en: Protección Social en Salud en América Latina y el Caribe. Bogotá, D.C.: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2011. p. 13

conocida como reformas de tipo estructural que buscarían lograr una cobertura universal. Sin embargo, la realidad muestra que la seguridad social no se ha universalizado y que si bien se aumentó la cobertura, la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad siguen siendo deficientes. Una de las razones para no haberlo logrado en Colombia podría ser la rigidez del diseño del sistema, que impide adaptarse a los cambios que se presentan en otros sectores, como el del mercado laboral. El enfoque de economía de mercado ha mostrado sus limitaciones al evidenciar que el Estado no puede garantizar el derecho a la salud. Solo podría hacerlo con un enfoque de protección social universal y ciudadano.

Para ser congruente con el Estado Social de Derecho adoptado en la Constitución Política de Colombia, el sistema de salud debe estar orientado a la prestación de servicios oportunos, con calidad, dignidad y respeto, con cubrimiento de toda la población sin distinción de edad, género, etnia, preferencias sexuales o creencias religiosas, eliminando todas las barreras de acceso a los servicios (geográficas, económicas, culturales, clases sociales o estructurales), con financiamiento basado en recursos fiscales y contribuciones solidarias que eviten la exclusión e inequidades del sistema.

Una aproximación histórica de la salud en Colombia, muestra que la misma ha estado en consonancia con la evolución de las políticas en salud en los ámbitos mundial y regional. Los cambios en la concepción de la salud y los avances que se han dado en espacios técnico-científicos han logrado una evolución en el cuidado médico que se ha traducido en un mejoramiento sistemático de condiciones de la salubridad básica, permitiendo disminuir las enfermedades prevenibles, incrementar la cobertura de salud e incorporar nuevas opciones terapéuticas. Los sistemas de salud se constituyen en un pilar de la seguridad social, que están afectados por condiciones de orden económico político y social de la gobernanza global.

La atención en salud en Colombia ha pasado por varios sistemas de salud: higienismo, salud pública, salud y desarrollo, Sistema Nacional de Salud (SNS) y finalmente el SGSSS; etapas que se han caracterizado por la fragmentación en la prestación de los servicios de salud por parte de los diferentes subsectores tanto públicos como privados. En cada etapa se han podido identificar los procesos políticos y económicos que han permeado las directrices del sector; la salud no es ajena a las situaciones cambiantes del país viéndose afectada por los problemas derivados del clientelismo, la corrupción, la cooptación del Estado, las formas de violencia, el conflicto armado, las desigualdades sociales y económicas, entre otras.

A partir de los años ochenta se dieron dos procesos claves en el país. El primero de carácter económico, consecuencia de la apertura económica e internacionalización del país y otro político y social que buscaba fortalecer el Estado, recuperar su legitimidad, y superar el carácter excluyente del régimen político que van a confluir en la reforma constitucional.

La Constitución Política de 1991 adopta la forma Estado Social de Derecho e incorpora los derechos fundamentales con el fin de que ese Estado actué en función de la búsqueda de la paz, la disminución de la violencia, la ampliación de la democracia, el reconocimiento de los derechos humanos, el fortalecimiento y relegitimación del Estado. Creó la Corte Constitucional como garante de lo consagrado en la norma de normas y se diseñó el mecanismo de la acción de tutela para que el ciudadano exija sus derechos cuando estos le sean vulnerados. La Corte debe vigilar que ni el Estado ni los demás actores incumplan con lo establecido en la Constitución como forma de salvaguardar la democracia.

Algunos críticos plantean que la consagración de derechos en “la Constitución de 1991 fue falsamente progresista ya que con (i) la autorización de participación del sector privado, y (ii) la calificación de los mecanismos de prestación de derechos

como ‘servicios públicos’¹¹ se abrió espacio para la ‘privatización’ de la salud en Colombia”¹². Para ellos, el Estado debe garantizar el suministro de los servicios de salud de manera equitativa y eficiente, centralizando todo el Sistema de Salud, opinión que contrasta notablemente con la evaluación técnica y política realizada antes de la reforma¹³. La Corte Constitucional en repetidas ocasiones ha avalado la coparticipación público-privada en el Sistema Nacional de Salud¹⁴.

Durante la etapa que sesionó la Asamblea Nacional Constituyente (ANC) y que llevo a la adopción de la Constitución Política de 1991 se presentó un debate en torno a la orientación que en materia de política social, debería seguir el país para establecer el nuevo modelo de seguridad social, sin el logro de un consenso al respecto. Es así como en el art. 48 de la Constitución se observa la existencia de conceptos disímiles con referencia al concepto de Seguridad Social, de una parte, se consagran principios que obedecen a paradigmas diferentes: la universalidad, la solidaridad (Bismarck) y la eficiencia (neoclásico). Se dio paso a la concurrencia del

¹¹Y no como “función pública”, con lo que se hubiese hecho obligatoria, según ellos, el monopolio estatal dentro del Sistema de Salud. Ver al respecto los argumentos de Víctor Manuel Moncayo (Moncayo, 2004) y Adriana González (González, 2005) [sic].

¹²Argumentos idénticos han formulado los críticos para denunciar la privatización de funciones que deberían ser, en su opinión, exclusivas del Estado, como la provisión del derecho a la seguridad social o la labor de impartición de justicia. En tales casos, según se argumenta, la Constitución convirtió en “servicio público” lo que debió seguir considerando como “función pública”.

¹³ LONDOÑO, Juan Luis; FRENK, Julio. Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo, Documento de trabajo 253, 1987. p. 17. Disponible en internet: <http://idbgroup.org/republications/pubfiles/pubWP-353.pdf>, Consultado el: 17 de octubre de 2011.

¹⁴ LÓPEZ MEDINA, Diego. Sistema de salud y derecho a la salud: Historia de su interrelación en la jurisprudencia constitucional. Bogotá: Asociación Colombiana De Empresas De Medicina Integral - ACEMI, Abril 24 de 2008. p. 8. Disponible en internet:

<http://www.acemi.org.co/Docs/juridica/2.1.2.%20Diego%20Lopez%20Sistema%20de%20salud%20y%20derecho%20a%20la%20salud.pdf>, Consultado en: octubre de 2009: De hecho, buena parte de la jurisprudencia en salud establecida por la Corte Constitucional se puede entender como expresión de la coparticipación del Estado y los particulares en la prestación de un servicio público, bien si se trata de casos en los que un ente privado niega una prestación que legalmente debe proveer, o bien si se trata de procedimientos que por estar por fuera del Plan Obligatorio de Salud el particular debe brindar y luego pedir el reembolso de los costos al Estado. En uno y otro tipo de casos, los jueces se encargan de recordar la necesidad de coordinación entre el sector público y el privado para garantizar la prestación eficiente del servicio (ver Sentencia SU-480 de 1997).

sector público y del privado en la competencia para la prestación de los servicios de seguridad social, situación que ha generado ambigüedades y tensiones permanentes frente a las medidas que toma el gobierno.

El sistema en salud en la Ley 100, sigue los lineamientos del “pluralismo estructurado”, o “mercado regulado” o “mixto regulado” o “cuasi- público”. Es un modelo neoclásico que pretende resolver los problemas del debate entre Estado o mercado en salud. Tiene como objetivo la regulación del servicio público de salud para permitir el acceso de toda la población a todos los niveles de atención. Se fundamenta en los principios de universalidad, equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, participación social e integración funcional, establecidos en los artículos 48, 49, 334 y 365 de la Constitución Política.

Los artículos 48 y 49 fueron desarrollados en la Ley 100 de 1993 que, entre otros, estructuró el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tiene como objetivos regular el servicio público de salud, crear condiciones para el acceso de toda la población en todos los niveles de atención, cubrir las contingencias de enfermedad general y maternidad de sus afiliados y beneficiarios, y como corolario, garantizar a todas las personas el acceso de todos los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Lo anterior fue definido en el Plan Obligatorio de Salud (POS), conjunto básico de servicios en salud para los afiliados y beneficiarios de tal sistema.

Con la entrada en vigencia de la reforma de 1993 (Ley 100) se destacaron tres aspectos: la disminución progresiva de los subsidios a la oferta y su sustitución por los subsidios a la demanda, consagrando la esencia de la reforma en el aseguramiento financiero frente a la enfermedad; la adopción de un sistema mixto en la prestación del servicio de la salud que abre el sector a la competencia entre privados y minimiza

la intervención del Estado en la materia; y la creación de regímenes diferenciados mediante los cuales se administra la salud según la condición socioeconómica de los beneficiarios.

El esquema asegurador implementado le dio al sector privado nacional e internacional, la posibilidad de organizar el “mercado de la salud” bajo premisas de racionalidad económica del mercado, con recursos públicos. El sector privado empezó a manejar la figura de asegurador, de forma que los usuarios empezaron a trasladarse a las nuevas empresas abandonando a los tradicionales prestadores públicos y privados.

Este esquema, buscaba establecer una relación directa entre las políticas señaladas por los responsables de la salud y los operadores, en su calidad de promotores o prestadores de los servicios que pujaban por tener los afiliados de éste. El mercado de aseguramiento de la salud tiene sus particularidades:

“La relación entre las instituciones y los mercados parte del reconocimiento de las fallas de la organización pública y de las imperfecciones de los mercados de servicios del cuidado de la salud tales como: la selección adversa, el riesgo moral y la selección de riesgos, haciendo que la asignación de recursos a través del mercado no siempre garantice los procesos de optimización. En tal sentido, se necesita una acción pública deliberada, como la afiliación obligatoria, el Plan Obligatorio De Salud (POS) y la Unidad de Pago por Capitación (UPC), con lo cual se da origen a un complejo sistema de instrumentos de gobernación y administración de los sistemas de salud que constituye una mezcla de sistemas públicos de seguros con participación de agentes privados, especialmente de entidades promotoras de salud y clínicas privadas”¹⁵.

¹⁵ RAMÍREZ MORENO; Jaime. La emergencia social en salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana. Pontificia Universidad Javeriana, Enero-Junio de 2010, p. 125. Disponible en internet: http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol_9_n_18_supl/ponencia_panel_4.pdf, Consultado en: 18 de octubre de 2011.

“Los nexos que gobiernan las relaciones entre las instituciones y los agentes de mercado están determinados mediante la definición del POS y de un sistema de capitación global denominado UPC. Las relaciones entre los agentes están definidas a través de un sistema complejo de precios y de contratos basado en incentivos al comportamiento de los agentes en condiciones promedio de calidad”¹⁶.

Es así como Colombia para la implementación del sistema de salud adoptó un modelo orientado por un sistema de aseguramiento individual de demanda y no de oferta. Siguiendo este modelo, el Estado ejerce la rectoría sobre el sector al tiempo que entrega gran parte de la operación de la salud al sector privado, reservándose una reducida cuota de participación mixta y una cuota mínima de prestación directa mediante la red pública, por lo que la salud ha terminado administrada por los particulares y regulada por el mercado; de otro lado, se financia en parte con los aportes individuales, al paso que se desatiende a una franja importante de la población, en especial a aquella que está en permanente riesgo de ser excluida: los trabajadores por cuenta propia, los desempleados y sus familias.

El sistema ha evidenciado prácticas inadecuadas tanto en el sector público como en el privado. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) con frecuencia desconocen los derechos de los beneficiarios, anteponiendo criterios estrictamente comerciales: reducción de costos mediante la restricción de la prestación de los servicios a los afiliados o incremento de sus ganancias al favorecer la integración vertical entre EPS e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de la misma filial, a pesar de los límites que se han fijado.

La implementación de la Ley 100 se ha visto afectada por un proceso político de más de dos décadas, en la cual se han venido presentando desacuerdos, retrasos e inconsistencias. Se podría afirmar que no existe en el país consenso sobre el modelo

¹⁶ *Ibíd.*

en salud. Se cuestiona la forma en que el gobierno participa con los particulares en el aseguramiento y la prestación de servicios, así como en la cobertura de riesgos y búsqueda de equidad.

LOS PROBLEMAS DEL SISTEMA DE SALUD Y EL DERECHO A LA SALUD

Los aspectos del SGSSS que se consideran críticos y sobre los cuales se realiza el análisis en este trabajo son la sostenibilidad financiera del sector, la cobertura y el acceso, el impacto de la acción de tutela en el sector, los fallos del Estado y del mercado, la situación de Salud Pública en Colombia y su incidencia en el derecho fundamental de la salud.

Por esta época se vuelve a hablar de una crisis hospitalaria en el país generada, entre otros aspectos, por el no pago de las deudas acumuladas por las Empresas Promotoras de Salud y los entes territoriales con los hospitales públicos e instituciones privadas de salud. Si bien no hay una certeza en las cifras que maneja cada uno de los actores involucrados en la misma, algunos expertos señalan que estas deudas oscilan entre el 17 y el 40 % de los recursos públicos que tiene el sistema de salud en la actualidad. Para 2015 los recursos en la bolsa del Fondo Nacional de Salud con Funciones de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) están en 30 billones¹⁷. Para la Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales la deuda recae en un 52.2 % en las EPS del Régimen Contributivo, en un 30.5% en el Régimen Subsidiado y la de los entes territoriales que está por el orden del 5.5%. El Gobierno, entre las medidas adoptadas recientemente para conjurar la crisis, una vez más le ha aliviado a las EPS el pago de las deudas acumuladas. El Gobierno argumenta que la crisis actual obedece a un problema de liquidez, las EPS plantean que es falta de recursos y los

¹⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Cifras financieras del sector salud. Gasto en salud en Colombia 2004-2011. Boletín bimestral No. 2, enero-febrero, 2014.

prestadores manifiestan que los temas de cartera amenazan con el cierre de las instituciones¹⁸ .

Acerca de la sostenibilidad financiera del sistema, se puede indicar que existen diferentes análisis del mismo y sobre la cantidad de dinero que se necesita para la atención en salud y se cuestiona si “realmente se ha dado una brecha” entre los recursos con que cuenta el sistema y los que se requieren para cumplir con la obligación de garantizar la salud a toda la población colombiana. ¿Es esa explicación suficiente o existen otras relacionadas directamente o indirectamente con lo que ha causado las crisis de accesibilidad, disponibilidad y calidad en la atención en salud?.

El modelo de pluralismo estructurado, que tiene entre sus características la articulación y modulación asigna, entre otras, las funciones de administración de los recursos públicos de la salud a las empresas promotoras de salud para que éstas a su vez, contraten y gestionen la atención en salud con los prestadores privados y públicos, ha llevado a que se produzcan costos de transacción muy altos en el sistema. “Son diversos los mecanismos utilizados por las EPS para no pagar a tiempo o no pagar a las IPS debido a que se privilegia la lógica del costo-beneficio”.

Las EPS reciben anualmente del FOSYGA un pago por cada afiliado -Unidad de Pago por Capitación UPC- que cubre los costos de pago de la atención del afiliado, y se entrega sin importar si hubo o no atención. Con esos dineros las EPS buscan rendimientos financieros (varias de ellas aparecen entre las mil empresas colombianas

18 En cuanto a la crisis financiera de los hospitales públicos, según la Supersalud, para el año 2000 las deudas con los hospitales ascendían a 200 millones de dólares y el promedio de mora en la cancelación era de 270 días. Si bien, existieron razones de índole político, histórico, administrativo y/o sindical para la crisis hospitalaria, los efectos de la Ley 100 fueron los que contribuyeron en gran medida a esta delicada situación por el impacto del cambio del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda.

en puestos privilegiados en la revista Dinero de junio de 2015)¹⁹, entre tanto, dilatan los pagos de las cuentas que les presentan las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) bien sean públicas o privadas, glosando las cuentas o aplazando al máximo las facturas aceptadas; demoran o niegan la atención de servicios o desestimulan su uso mediante la dispersión de los sitios de atención; disminuyen las autorizaciones de los servicios que demanda el usuario aunque se encuentren incluidos en los planes de beneficios, situación que termina en acciones de tutela, incrementando luego los costos de transacción²⁰; gestionar el pago de bienes y servicios como “NO-POS” con el fin de cobrarle al Estado unos valores mas altos (2006-2011), contratar la prestación de los servicios a precios bajos con las IPS y preferir la red propia cubriendo todo el servicio gracias a la integración vertical²¹.

La falta de oportunidad en cada uno de los componentes de la prestación de los servicios de salud por la demora en los recursos de parte de la administradora impide, entre otros, la accesibilidad y disponibilidad del derecho fundamental a la salud, por consiguiente no se tiene una población sana. Aquí surgen varias preguntas ¿Se justifica la intermediación financiera a través de las EPS en la prestación de servicios de salud? ¿Una de las causas estructurales de los problemas de salud está ligada al modelo de intermediación financiera a través de las EPS?

A nivel macro, el sistema se construyó sobre unos supuestos de empleo formal y desarrollo económico, que hacían viable el modelo de pluralismo estructurado en su momento. En esos supuestos, el 70% de la población debía estar afiliada al régimen

¹⁹DINERO. 5 Mil empresas. Bogotá D.C: Revista Dinero Ed. 471.Junio 2015. Disponible en internet: <http://www.dinero.com/edicion-impresa/caratula/articulo/las-empresas-mas-grandes-del-pais-regiones-2015/209423>, Consultado en: Agosto 2015.

²⁰ DEFENSORÍA DEL PUEBLO. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2013. Bogotá, 2014.

²¹ HERNANDEZ, Mario. Las cifras rojas del sistema de salud, En: Razón Pública. Agosto 3 de 2015. Disponible en internet: <http://www.razonpublica.com/index.php/econom%C3%Ada-y-ssociedad/8707-las-cifras-rojas-del-sistema-de-salud.html>. Consultado el 10 de agosto de 2015

contributivo y ésta población a través del mecanismo de solidaridad debía ayudar a sostener a la población sin recursos. Debido a que los supuestos macroeconómicos no se cumplieron, el Gobierno ha tenido que realizar ajustes en el sistema con el fin de generar los recursos adicionales que coyunturalmente ha requerido para mitigar las crisis que se han presentado, sin que haya encontrado hasta ahora una verdadera solución estructural al tema.

En cuanto a cobertura y acceso, se puede señalar que el mayor inconveniente radica en el acceso real a los servicios, por cuanto no se han superado las barreras de oferta y de demanda que garanticen al ciudadano el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Por lo tanto, las medidas de aumento de cobertura deben ir de la mano de estrategias para facilitar el acceso a los servicios de salud con el fin de lograr que los ciudadanos gocen del verdadero derecho a la salud.

Un aspecto que afecta la garantía del derecho a la salud es la negación al acceso oportuno a los medicamentos dentro del sistema, si bien no se puede negar que los costos de medicamentos, en especial los NO POS han afectado negativamente al sistema amparados en la libertad de precios que existía y la escasa regulación, inspección, vigilancia y control del Estado. Si bien existe presión por parte de las empresas farmacéuticas multinacionales para lograr la introducción y venta de sus productos, se presenta una tendencia cada vez mayor a utilizar productos genéricos de bajo costo con el fin de brindar mayor acceso y cobertura de este servicio a la población y en consecuencia mejorar el desempeño financiero del sistema. El actual gobierno adoptó una política farmacéutica con control de precios, sin embargo los trámites para el paciente que debe usar un medicamento de alto costo son dispendiosos y terminan incrementando los gastos de bolsillo sin que estén representados en los registros de los mismos.

Otro de los problemas asociados al actual sistema y que ninguna reforma ha buscado resolver es la fragmentación, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de Salud (OPS)²² está ocasionada por:

“(…) la segmentación del sistema de salud; la descentralización de los servicios de salud que fragmenta los niveles de atención; el predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas; la separación de los servicios de salud pública de los de atención a las personas; el modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado agudo y el manejo intra-hospitalario; la debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria; problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos; y culturas organizacionales contrarias a la integración. Pero, en conjunto, el mercado cumple la función “fragmentadora” por su afán de individualización”²³.

Una deficiencia que afecta la garantía del derecho es la multiplicidad de actores y la complejidad de los procedimientos a los cuales tiene que enfrentarse el ciudadano para acceder a los servicios de salud, lo que conduce a que el derecho a la salud, consagrado en la Constitución Política de 1991 en consonancia con el Estado Social de Derecho y con la adopción de los acuerdos internacionales de derechos económicos, sociales y culturales²⁴, sea observado con precariedad, por lo que a menudo los afiliados a los diferentes regímenes de salud se ven obligados a recurrir a la acción de tutela para ser atendidos, no sólo en lo que tiene que ver a lo referido por enfermedades de alto costo(consultas, cirugías, medicamentos o tratamientos),sino que en ocasiones se ha tenido que utilizar para reclamar por procedimientos y medicamentos incluidos de manera explícita en el propio POS.

²² OMS/ OPS. Sistemas integrados de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC: La organización; 8 de mayo de 2008.

²³FRANCO, Giraldo. Ley 1438 de 2011: Entre superflua disuasiva. Ponencia. Marzo 2011.p3. Disponible en internet:

<http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/1504/1/PONENCIA%20Ley%201438%20de%202011%5B1%5D.pdf>, Consultado en: 15 de Abril de 2015.

²⁴ Para una mayor ilustración sobre este tema, se recomienda consultar el capítulo 1 del siguiente documento: 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 de salud. Bogotá. Procuraduría General de la Nación, DEJUSTICIA, Mayo de 2008.

Un hito jurisprudencial en términos de los derechos fundamentales y de afirmación de la salud como un derecho fundamental autónomo lo marca la Sentencia 760/2008 como consecuencia del número de acciones de tutela, interpuestas por los ciudadanos (segundo lugar después del derecho de petición), en donde se evidenciaron los problemas acumulados con relación al no cumplimiento de la garantía del derecho fundamental a la salud, demostró las iniquidades al interior del sistema y ordenó una serie de medidas para que el ejecutivo corrigiera los problemas estructurales del SGSSS; lo que evitó el colapso del sistema y ha coadyuvado a gestionar recursos adicionales y generado acciones por parte de los gobiernos para cumplir con lo ordenado en la sentencia.

Los distintos órganos de control y de defensa del ciudadano han analizado y llamado la atención sobre situaciones críticas del sistema de aseguramiento en salud en distintos momentos desde su diseño. En 2008, la Procuraduría General de la Nación²⁵ había propuesto a la Corte Constitucional que declarara un “Estado de cosas inconstitucional”²⁶ en materia de salud y que interviniera al Sistema. En su momento, la delegada para la prevención en materia de derechos humanos de esta entidad, Patricia Linares, expresó que “El sistema de salud colombiano está soportado sobre estructuras económicas y no sobre un marco de derechos, lo que lo convierte en inequitativo y excluyente” y que si bien el sistema que se adoptó en el país, a partir de la Ley 100 de 1993, registró logros “como un aumento considerable del gasto público

²⁵ PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN. Radicación No.161-4801. Disponible en internet: http://www.procuraduria.gov.co/relatoria/print.jsp?option=co.gov.pgn.relatoria.frontend.component.pafactory.ConsultaPirelComponentPageFactory&letra=E&palabra_clave=&action=consultar_tesouro&total_results=5082&max_results=1000&first_result=2000. Consultado el 21 de mayo de 2015.

²⁶Se refiere a una figura jurídica creada no por la Constitución Política, sino por la Corte Constitucional “a través de la cual se declara que ciertos hechos son abiertamente contrarios a la Constitución, por la vulneración sistemática y colectiva de los principios y derechos fundamentales consagrados en aquella, y como consecuencia de este hecho, exhorta a las autoridades competentes (sean estatales o privadas), para que en un plazo razonable y perentorio, adopten todas las medidas necesarias para superar ese Estado de Cosas.” Disponible en internet: Artículos Maestría En Derecho Universidad Sergio Arboleda - Santa Marta, miércoles, 19 de junio de 2013. <http://derechojusticiaypaz.blogspot.com/> Consultado el 21 de mayo de 2015.

en el sector y mejoras importantes en términos de aseguramiento y atención de los más pobres”, se presentó un estancamiento, y aún “subsisten serios problemas de inequidad, universalidad y calidad del servicio de salud”²⁷, situación que con matices sigue siendo válida en el presente.

En ocasiones, cuando se han presentado violaciones masivas y sistematizadas a derechos fundamentales de un número indeterminado de personas consideradas como población vulnerable²⁸ por fallas estructurales de las políticas gubernamentales, la Corte Constitucional ha tenido que recurrir a la declaratoria de “Estado de cosas inconstitucional” para proteger los derechos humanos vulnerados.

Cuando la Corte Constitucional ha constatado que se está frente a un “estado de cosas inconstitucional” dicho Alto Tribunal, a través de sus fallos extiende de forma inmediata los efectos de la tutela para ordenar soluciones que impliquen de forma transparente un alcance material y temporal conforme con la gravedad y tamaño de la violación de los derechos fundamentales, así como para proteger los derechos de quienes estando en un situación similar a la que se demandó (y que no acudieron a la tutela), esto último para que se haga efectivo el derecho a la igualdad.

²⁷ EL TIEMPO. Procurador pide intervenir la salud: Por considerar que en el país se viola, de manera reiterada, el derecho a la salud de los colombianos, lo cual ha dado origen a innumerables quejas y a la desproporcionada utilización de la acción de tutela, la Procuraduría General decidió pedir a la Corte Constitucional que declare el estado de cosas inconstitucional en materia de salud. En: EL TIEMPO, 21 de agosto de 2008. Disponible en internet: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-3061969>. Consultado el 21 mayo de 2015

²⁸ La Corte Constitucional en reiteradas sentencias ha expresado que a este grupo pertenecen los siguientes pobladores: a) Desplazados, b) Discapacitados, c) Minorías étnicas, d) Personas privadas de la libertad en cárceles, e) Personas mayores, f) Personas indigentes, g) Defensores de derechos humanos, h) Menores de edad, i) Homosexuales, j) Mujeres en estado de embarazo o lactancia, y, k) Mujeres discriminadas por razón del sexo. En: Artículos Maestría En Derecho Universidad Sergio Arboleda. Op. Cit.

La Corte Constitucional, en sus fallos de declaratoria de “Estado de cosas inconstitucional”²⁹, según el caso que esté en estudio, ha ordenado, entre otras cosas:

- Se diseñen y pongan en marcha las políticas, planes y programas que garanticen de manera adecuada los derechos fundamentales cuyo goce efectivo depende de la superación del estado de cosas inconstitucional;
- Se apropien los recursos necesarios para garantizar la efectividad de tales derechos;
- Se modifiquen las prácticas, las fallas de organización y de procedimiento que resultan violatorias de la Constitución;
- Se reforme el marco jurídico cuyas falencias han contribuido al estado de cosas inconstitucional
- Se realicen los trámites administrativos, presupuestales y de contratación que sean indispensables para superar la vulneración de los derechos.

Aunque los pronunciamientos de la Corte Constitucional a lo largo de estos años han sido vitales para evitar el colapso del Sistema, no han sido suficientes para encontrar la salida a la crisis. Las acciones del gobierno se han dirigido, en gran parte, a tratar de implementar las directrices de la Corte Constitucional en cuanto a: incremento de la cobertura del Régimen Subsidiado, homogeneización de los Planes Obligatorios de Salud, Política de Salud Pública y reforma de las instituciones del sector, dejando de lado las serias deficiencias evidenciadas en el sistema asegurador, el acceso y la baja calidad³⁰ en la prestación de los servicios, así como la falta de continuidad en materia de Política de Salud Pública, política que antes de la Ley 100

²⁹Artículos Maestría, En Derecho Universidad Sergio Arboleda. Op. Cit.

³⁰FERNÁNDEZ, Carlos Francisco. Faltó Estado en la regulación de la salud, entrevista a Mirta Roses, directora de la Organización Panamericana de la Salud. En: El Tiempo, 3 de junio de 2011, Disponible en internet : http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-9536948.html Consultado el 12 de junio de 2011.

era considerada eficiente, según expertos de la Organización Panamericana de Salud³¹.

Así las cosas, puede verse cómo los problemas del sistema están asociados a una base teórica, al punto que la Sentencia T-760 de 2008 marcó un hito en la historia del sistema de salud dado que la Corte Constitucional identificó falencias en materia de acceso real y vacíos en torno a la regulación estatal, factores que devienen en barreras de acceso a los servicios de salud; con ella la Corte conminó al Gobierno a implementar medidas que garanticen el acceso a la salud como derecho, entre éstas la igualación del POS, que se estructuran en función de un enfoque igualitarista basado en la salud como generación de bienestar social asociada a tres niveles de actuación: condiciones de salubridad y de los servicios de salud, garantía de los derechos y acceso a servicios.

La Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008, identificó como causantes la no certeza en materia de qué incluye y qué no incluye el POS, la estructura rígida del plan de beneficios, y señaló que la decisión de inclusión/exclusión se amparaba más por criterios políticos/económicos de interpretación asociados a costo-beneficio, que a criterios sociales relacionados con la garantía de derechos aunque estos fueran reconocidos legal y normativamente. Este proceso de judicialización para acceder a los servicios hace que se eleven los costos de transacción en salud.

Otro de los aspectos que afectan al SGSSS lo constituyen las fallas de Estado y de mercado. En cuanto a fallos del mercado, y siguiendo a Stiglitz, éstos no siempre se comportan según los postulados de la economía clásica y por ello se

³¹CEPAL. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social, Mesa-Lago, Carmelo (ed.), Santiago de Chile, Naciones Unidas, diciembre de 2005, p. 39-278, Disponible en internet: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/24058/LCW63_ReformasSalud_ALC_Indice.pdf, consultado en junio de 2010.

justifica la intervención del Estado. No obstante, la corriente neoclásica postula que los elementos del mercado bien estructurados podrían dar resultados satisfactorios para toda la población. En cuanto a fallas del Estado, aunque el arreglo institucional colombiano, definía que las organizaciones del sector público debían ejercer control sobre las actividades desarrolladas por los particulares, se evidencia a lo largo de más de dos décadas de evolución del sistema, que a pesar de los ajustes coyunturales realizados, el Estado no ha podido desarrollar adecuadamente las funciones de modulación, de rectoría, de regulación, de inspección vigilancia y control, dados los intereses políticos y económicos de distintos actores, que han cooptado al Estado en favor de sus intereses y han impedido corregir los fallos de mercado como la selección adversa, la selección de riesgos, la información incompleta, el riesgo moral, y la segmentación de los mercados.

En salud el país ha producido una extensa normativa en lo que lleva el sistema. En ocasiones confusa y contradictoria. Durante las administraciones Uribe y Santos se han realizado reformas de distinto carácter: institucionales, Ley 715 de 2001 (2004): 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 para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. (En el 2004 esta Ley tuvo cambios importantes. A través de la Ley 1122 de 2007, se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; El gobierno del presidente Uribe por medio del Decreto 4975 de 2009, declaro la emergencia social en salud, que fue declarada inexecutable por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-252 de 2010, con salvedad de los decretos referentes a recursos; La Ley 1438 de 2011, reformo el Sistema General de Seguridad Social en Salud; Por medio de la Ley 1608 de 2013, se adoptaron medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud; Se definio una política farmacéutica por medio del CONPES 155 del 2012; Se adoptó un plan decenal de salud pública 2012-2021 mediante la resolución 1841

de 2013; Se optó un Saneamiento Cartera por medio de la Circular 30 de 2013, entre otros.

La no aprobación del último proyecto de Ley Ordinaria, ha llevado al gobierno a tomar el camino de reformas por vía de Decretos y a la incorporación de algunos temas del proyecto en el Plan Nacional de Desarrollo.

A comienzos de 2015 se expidió la Ley Estatutaria de Salud 1551 del 16 Febrero 2015 que regula el derecho fundamental a la salud, dando parcialmente respuesta a una demanda de la sociedad y de instituciones como la Corte Constitucional que desde inicios del sistema de salud exigían que la salud fuera entendida como un derecho fundamental y no como un servicio.

La Ley 100 configuró un punto crítico de iniquidad en la calidad y la cantidad de servicios de salud prestados a los usuarios, con la creación de los diferentes regímenes administradores de salud; ello por cuanto, al determinarse variaciones en los Planes Obligatorios de Salud (POS) entre el Régimen Contributivo y el Subsidiado, sobre la base de una estratificación económica de los beneficiarios³², se violó la obligación estatal –estipulada por el bloque de constitucionalidad, esto es, por el texto de la Norma de normas y por los acuerdos internacionales de rango constitucional– “de garantizar el más alto nivel de salud física y mental a todos los ciudadanos”.

Los servicios de salud efectivamente disponibles están en función de la capacidad de pago de cada usuario, es decir que su acceso es el que le corresponde según el plan de aseguramiento al que esté adscrito, en donde el POS Contributivo

³²ZAMBRANO RAMÍREZ, Mauricio. Aspectos Críticos en la Política de Salud. Contenido en: INSTITUTO DEL PENSAMIENTO LIBERAL ALFONSO LÓPEZ MICHELSEN. Documentos de Trabajo. Colombia: Edición 1, Volumen 1, Junio de 2009, p. 77.

(POS-C) goza de una cobertura virtualmente plena, mientras que el Subsidiado (POS-S) tiene acceso a menores beneficios. Pero además se fortalecieron las modalidades de medicina prepagada y planes complementarios, con costosos seguros que cubren únicamente a quienes disponen de un mayor poder adquisitivo. En la práctica, este criterio profundiza la desigualdad sobre la base del acceso a un derecho social y fundamental que debiera garantizar el Estado.

En esta disertación se exponen los resultados de la investigación sobre las tensiones que se presentan en el desarrollo de un sistema de salud asegurador basado en una racionalidad económica de mercado y la adopción constitucional de la forma Estado Social de Derecho democrático que hace un énfasis específico en los derechos fundamentales, en este caso la salud. Continuando el dilema para la acción del Estado ¿Cómo lograr la garantía del derecho fundamental a la salud sin afectar la sostenibilidad financiera y sin cambiar el modelo asegurador de salud diseñado en la Ley 100?

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El SGSSS de Colombia fue creado en 1993, con el fin de garantizar a la población colombiana la cobertura del servicio de salud a través de un modelo de aseguramiento basado en los principios de universalidad, equidad y eficiencia entre otros, dentro de un marco Constitucional de un Estado Social de Derecho. Sin embargo, el modelo implementado se cimentó en un esquema de racionalidad económica del mercado, el cual entra en tensión con los fines sociales del Estado por lo que no ha sido posible lograr sus objetivos; además, en su evolución se han generado varias crisis lo que pone en duda la viabilidad del sistema.

Para explicar la tensión existente es necesario identificar los factores estructurales de carácter económico, político y jurídico que han ocasionado las crisis, para determinar si es posible encontrar alternativas de solución dentro del actual sistema o si por el contrario se debe plantear un cambio del modelo de salud como ajuste estructural al sistema.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles de los aspectos jurídicos, económicos y políticos sobre los que se fundamentó y desarrolló el SGSSS en Colombia, han contribuido a las reiteradas crisis del sector, afectando el cumplimiento del Derecho Fundamental a la Salud por parte del Estado?

¿Es factible que con el actual SGSSS basado en la racionalidad económica del mercado el Estado garantice el Derecho Fundamental a la Salud?

HIPÓTESIS

En Colombia, para la prestación de los servicios de salud, se adoptó como modelo el Pluralismo Estructurado entregándose la operación del aseguramiento al sector privado, a un reducido sector mixto y a un pequeño grupo de entidades públicas. Es decir, el Estado confió este pilar del sistema, en su mayor parte, a instituciones privadas regidas por la racionalidad económica del mercado y por las influencias políticas, fallando en su responsabilidad regulatoria, de vigilancia y de control. Esto condujo a que la salud fuera percibida como un negocio en el que priman los resultados financieros sobre el derecho a la salud. Así, el Estado Colombiano no ha sido capaz de cumplir su obligación de garantizar el derecho fundamental a la salud.

Se podría afirmar que hay un proceso de internacionalización que, en sentido paradójico, afecta la garantía del derecho a la salud en Colombia. En efecto, por un lado hay una influencia internacional para el cumplimiento de los derechos humanos, lo que afecta positivamente el derecho a la salud; por otro lado hay una presión externa de la economía de mercado y factores de política interna que afecta negativamente.

En consecuencia, gran parte de los problemas que afronta el Sistema de Salud están asociados al contexto jurídico, económico y social, nacional e internacional, lo que conlleva a que los principios constitucionales y el funcionamiento del sistema de salud no sigan la misma dirección. Se podría decir que el papel del Estado frente a la salud tiene dos caras: la primera es dejar que el mercado module la prestación de los servicios de salud, propiciando la privatización de los servicios; la segunda, es la forma en que el Estado dirige, articula y controla el sistema de salud. Surge una pregunta: ¿a favor de qué intereses se hace esa intervención?

Si se logran identificar los factores de índole jurídico, económico y político generadores de la tensión entre el modelo del SGSSS y los fines del Estado para garantizar el Derecho Fundamental a la Salud, es posible determinar si es factible corregirlos o por el contrario se debe plantear una nueva estructura en salud que en verdad cumpla con los principios de universalidad, accesibilidad, disponibilidad, calidad, equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, participación social e integración funcional y que cumpla con los preceptos constitucionales y ante todo rompa con las exclusiones e inequidades que actualmente se presentan.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

El presente trabajo pretende analizar los factores de índole jurídico, político y económico que están afectando el SGSSS y que han sido un obstáculo para que el Estado Colombiano pueda garantizar el derecho fundamental a la salud establecido en la forma ESD, con el fin de determinar si es viable superar la tensión existente, o si es necesario plantear un nuevo modelo para el sistema.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los fundamentos del Estado Social de Derecho (ESD) y los instrumentos jurídicos internacionales del Derecho Fundamental a la Salud que inciden en las bases jurídicas del derecho fundamental a la salud en Colombia.
- Analizar los referentes teóricos de Economía, Estado y Mercado e identificar los lineamientos promovidos por los Organismos Económicos Internacionales (OEI) en torno a la reforma de salud en Colombia.
- Realizar una aproximación histórica en torno a los aspectos jurídicos, socio-políticos y económicos que llevaron a la adopción del modelo de aseguramiento en salud en Colombia.
- Analizar el modelo del SGSSS en sus aspectos de organización y funcionamiento, así como los factores de índole jurídico, económico y político que han influido en su desarrollo.

- Identificar los ajustes normativos e institucionales que se han dado en la evolución del SGSSS en respuesta a las crisis que ha sufrido el sector y a la necesidad de cumplir con la garantía del derecho fundamental a la salud dentro del marco constitucional del ESD.

- Analizar los aspectos críticos del sistema de salud que ponen en relevancia la tensión existente entre la racionalidad económica del mercado y el cumplimiento de la garantía del derecho fundamental a la salud.

ESTRUCTURA DEL TRABAJO

Posterior de lectura de los conceptos por parte de los jurados, las reflexiones desarrolladas con el director de tesis, la asistencia a foros relacionados con el tema de salud, tales como entrevistas, foros, debates, condujeron a explorar nuevas fuentes primarias y secundarias en el devenir que ha tenido la situación de la salud en el país que han incidido en decisiones y medidas que se han tomado en los últimos años por parte de legislación Colombiana. El presente trabajo quedó estructurado en cuatro capítulos.

- I. El Estado Social de Derecho (ESD) y la economía política de la salud.
- II. Análisis histórico de la salud en Colombia y el contexto sociopolítico y económico previos a la Ley 100 de 1993
- III. El Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia. Una visión integral 1993-1995.
- IV. Aspectos Críticos del SGSSS. Entre la sostenibilidad financiera y la garantía del Derecho Fundamental a la Salud.

En el primer capítulo se revisa la concepción del Estado Social de Derecho en Colombia, la relevancia de la salud como derecho fundamental y el ordenamiento jurídico construido alrededor del tema; así mismo, se identifican los factores jurídicos, políticos y económicos desde aproximaciones teóricas que han influido en los principales Organismos Políticos y Económicos Internacionales y que, a su vez, han contribuido a los cambios institucionales presentados en el país en materia de salud. Esta revisión permite en los siguientes capítulos abordar la problemática que ha afrontado el Estado para garantizar el Derecho a la Salud.

En el segundo capítulo se realiza el análisis histórico del sector salud previo a la Ley 100 de 1993, se argumentaba entonces que el país debía hacer un cambio en el sistema de salud para superar los problemas de cobertura e inequidad en un Sistema Nacional de Salud no consolidado, el cual no estaba acorde con las premisas de la Constitución Política de 1991 tanto en el ámbito de los derechos como en el modelo económico consignado en la misma.

En el tercer capítulo se analiza el modelo del SGSSS desarrollado entre 1993 con la expedición de la Ley 100 y la Ley Estatutaria del 2015 en sus aspectos de organización y funcionamiento, así como los factores económicos y políticos que han influido en su desarrollo. Así mismo, se pretende identificar los ajustes normativos e institucionales que se han dado en la evolución del SGSSS en respuesta a las crisis que ha sufrido el sector y a la necesidad de cumplir con la garantía del derecho fundamental a la salud dentro del marco constitucional del ESD.

Y en el cuarto capítulo se reflexiona sobre los aspectos críticos que ha tenido el Sistema de Seguridad Social en Salud (SSSS): la sostenibilidad financiera del sector, los aspectos relevantes en cuanto a cobertura y acceso, el impacto de la acción de tutela en el sector, los fallos del Estado y del mercado y la situación de Salud Pública en Colombia; y la incidencia de éstos aspectos en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Finalmente, después de las conclusiones del trabajo se plantean algunas consideraciones a tener en cuenta para un nuevo modelo que este orientado a la garantía del derecho fundamental a la salud, bajo los principios de universalidad, accesibilidad, disponibilidad, y calidad que supere la exclusión y la falta de equidad.

HALLAZGOS

Algunos de los hallazgos de este trabajo han conducido a plantear lo siguiente:

El Sistema de Salud, al ser capturado por los operadores privados y estar sujeto al mercado, no permitió que la regulación del Estado, ni que éste ejerciera el control y vigilancia que la C.P. de 1991 ordena. De esta manera el Estado incumple con las obligaciones indelegables de garantizar el derecho fundamental a la salud a toda la población colombiana.

En Colombia el sistema de salud históricamente ha funcionado de manera fragmentada, esto se explica por la falta de integración en la forma en que se prestan los servicios de salud. Coexistieron en un principio la asistencia pública, la caridad y la atención médica privada, luego la previsión y la seguridad social, y hoy en día la racionalidad del mercado apunta hacia una mayor privatización de los servicios a través del aseguramiento. Es decir, las formas en que se presenta la fragmentación cambian, pero ésta permanece.

El Estado Social de Derecho en el país no ha logrado controlar a los agentes que actúan en el “negocio” de la salud. La racionalidad del mercado, obedeciendo a lógicas en pro de la obtención de lucro para los intermediarios en salud, encarece la prestación de los servicios, en especial el acceso a las tecnologías, a los medicamentos y al sistema de aseguramiento, que causó un proceso de privatización de la salud generando exclusión e iniquidad.

Al introducirse en la Constitución Política de Colombia en el art. 86 el mecanismo de la Acción de Tutela, el paciente ha encontrado la forma de acceder al derecho a la

atención en salud, cuando se le niega. Sin embargo, la alta frecuencia en su uso aumenta los costos de transacción en salud.

El derecho fundamental a la salud en el país ha sido reclamado por diferentes actores, siendo protagonista la Corte Constitucional como garante de la Constitución y de la forma Estado Social de Derecho en estas dos décadas. Su materialización ha sido difícil y compleja porque el sistema de salud en Colombia reposa sobre un modelo asegurador que privilegia los aspectos financieros frente a la atención oportuna y de calidad a quien lo requiera, independientemente de su condición socioeconómica. Se hace necesario un cambio estructural del modelo que se sigue, por uno que privilegie la universalización, la solidaridad y la equidad.

Existe una paradoja entre lo planteado por los Organismos Políticos Internacionales, para quienes la salud es concebida como un derecho fundamental y por consiguiente se encuentra inmersa dentro de la concepción del Estado Social de Derecho y lo sugerido por los Organismos Económicos Internacionales, quienes plantean la salud como un servicio, el cual debe seguir los lineamientos de la racionalidad económica de mercado y sugieren el papel que debe desempeñar tanto el Estado como el sector privado en la política social de salud en un país.

La forma Estado Social de Derecho adoptada en Colombia desde 1991 ha resultado desvirtuada en el tema de la salud, por lo que el Estado no ha logrado garantizar el derecho fundamental a la salud, dado que el mercado de servicios de salud se ha apropiado de un lugar central en el sistema.

El dilema sobre el modelo a seguir se debate entre un modelo basado en la racionalidad económica del mercado y un modelo que garantice el derecho fundamental a la salud. En el primer escenario, se corre el riesgo de no atender a toda la población con la calidad, disponibilidad y accesibilidad esperada; y con el segundo

se corre el riesgo de no lograr la sostenibilidad financiera para dar continuidad al modelo.

La forma Estado Social de Derecho adoptada en Colombia desde 1991 ha resultado desvirtuada, de tal manera que no logra garantizar el derecho fundamental a la salud, debido a que los operadores de salud, en su mayoría intermediarios privados, manejan las reglas de la racionalidad económica del mercado en salud sin que el Estado ejerza adecuadamente su papel de dirección, regulación, vigilancia y control.

Se puede afirmar que con posterioridad a la implementación de la Ley 100, ha existido una continuidad en cuanto al sistema político y económico que rige el país y las reformas que se han adoptado en los ámbitos económicos, político y social se han dado dentro del mismo sistema. La Comisión de Racionalización del Gasto Público de 1997 dejó unos lineamientos a seguir por parte del Estado. En lo económico los gobiernos hacen reducción del gasto público para enfrentar los problemas fiscales y se pierde continuidad en las políticas públicas, siendo los programas sociales los más afectados; en consecuencia se entra en tensión con los principios de la forma ESD que busca garantizar los derechos y superar la falta de equidad y exclusión social que se presenta en el país. Las distintas medidas que se han tomado sobre el sistema de salud no han resuelto el problema central que es cumplir con los fines sociales del Estado sin afectar la sostenibilidad financiera del sector.

PAUTAS PARA UN REORDENAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

Por lo anterior, es necesario plantear un nuevo modelo de salud, que responda a la garantía del derecho fundamental a la salud, en concordancia con los principios del Estado Social de Derecho. Para el abordaje del mismo, se considera que se debe partir de una visión heterodoxa, con un enfoque holístico de política social de salud. La salud debe ser considerada, tratada y desarrollada como una política pública de Estado y no de Gobierno, lo que significa que el Estado debe garantizar el Derecho Fundamental a la Salud en las mejores condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, para lo cual, debe contar con un soporte financiero suficiente y establecer adecuados esquemas para la regulación, la vigilancia y el control frente a los diferentes agentes que participan del mismo.

Para un nuevo modelo hay que partir de la concepción de que el bienestar de una sociedad depende en gran parte de la salud de sus habitantes, puesto que si la población no cuenta con la posibilidad de disfrute y con la garantía de una vida sana, difícilmente podrá hablarse de calidad de vida y generarse el desarrollo del país. Por lo tanto, es importante que el Estado garantice las condiciones necesarias para el goce del derecho a la salud, entendiendo la salud como un estado de bienestar, fundamental para el desarrollo de las capacidades de la persona. Contar con ella permite que el hombre viva bien, por lo cual los alcances de la problemática del Sistema de Salud colombiano deberían ir más allá de la atención médica.

El modelo de atención en salud debe ser universal, preventivo y estar controlado por el Estado, que como garante en la prestación de los servicios debe seguir el criterio de costo-efectividad. La Política Pública en Salud debe avanzar hacia una concepción universalista y de ciudadanía.

En la Conferencia Mundial de Alma-Ata en 1978 se declaró que uno de los elementos clave para el desarrollo de los países consiste en disponer de sistemas de salud que garanticen la salud para todos. Esta estrategia, junto con la reorientación del enfoque de Atención Primaria, debe ser la razón del Estado en esta materia. Su obligación es crear las condiciones para que se haga efectivo que la población alcance un nivel de salud que le permita llevar una vida social y económicamente productiva.

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo se concibió como una investigación cualitativa de carácter interdisciplinario para abordar el objeto de estudio: La salud en Colombia: entre el Derecho a la salud y la racionalidad económica del mercado 1993-2015. El desarrollo del trabajo ha sido dinámico y complejo a medida que se han dado nuevas circunstancias con nueva información, análisis, procesos y otros actores con capacidad de incidir en la problemática objeto de estudio.

Inicialmente la investigación buscaba responder, entre otras, a las siguientes preguntas: ¿Cuáles eran los problemas de la salud en Colombia y por qué se hablaba de una crisis de la salud? ¿Cómo funcionaba el sistema? ¿Cómo es y qué responsabilidad podía tener el modelo económico en salud seguido en el país? ¿Cómo ha evolucionado el Estado Social de Derecho? ¿Cuáles eran los componentes del sistema de salud asegurador? ¿Por qué el ciudadano debe recurrir a la acción de tutela para ser atendido? ¿Cómo se alcanza el derecho fundamental a la salud en Colombia?

Como corolarios de la indagación se proponía: que han existido varias crisis en el sector luego de la implementación de la ley 100, que el sistema tenía problemas estructurales desde su concepción, que para lograr el acceso real al servicio de salud se requería del uso de la acción de tutela y que no era posible garantizar el derecho a la salud con el modelo implementado del pluralismo estructurado. Estas premisas condujeron a revisar documentos gubernamentales, leyes, decretos reglamentarios, normas jurídicas, pronunciamientos y sentencias de la Corte Constitucional, informes de gestión de Presidencia y Ministeriales, informes de los organismos de control como la Defensoría del Pueblo y la Contraloría General de la República, estudios académicos y comunicados de las organizaciones especializadas (investigaciones,

tesis, libros); estudios de organismos internacionales; análisis críticos y columnas de expertos en salud, entre otros.

El proceso de indagación sobre esta problemática se inició en el primer semestre del año 2008 bajo la orientación del Dr. Bernardo Vela Orbegozo, profesor titular de la Universidad Externado de Colombia. Se realizó una revisión inicial de la literatura sobre el tema en la biblioteca de la Universidad Externado de Colombia, se planteó una propuesta de investigación que poco a poco se fue ajustando con asesorías, talleres y seminarios desarrollados en el marco de la programación de la Escuela Doctoral en Derecho. En el año 2009 el Dr. Vela aceptó ser el director de este trabajo y durante ese año se realizaron varias sesiones para orientar la parte conceptual, desarrollando y ajustando el plan de trabajo; en las sesiones del 2010 se corrigieron aspectos metodológicos, y en las de 2011 los planes de redacción. Estas asesorías permitieron la revisión permanente de la hipótesis y el descubrimiento de hallazgos que permitieron profundizar y reorientar la investigación. En el 2012 aprobado el trabajo se entregó copia del mismo a los 5 jurados asignados por la universidad para sus comentarios y observaciones. A partir de allí se inició un proceso permanente de profundización y actualización del documento inicial teniendo en cuenta las observaciones del director y de los examinadores. Las conversaciones con ellos resultaron muy fructíferas así como el debate académico y político que en el país se ha venido dando sobre este tema desde distintas orillas. Se resalta el apoyo y dialogo constructivo en el campo teórico y metodológico ofrecido por el director en el transcurso de este trabajo académico.

El proceso de investigación siguió las siguientes etapas:

1. Recolección de diversas fuentes de información primaria y secundaria: documentos, textos, artículos, estadísticas; conversaciones informales con expertos en el tema; conclusiones de seminarios, foros y de diversos eventos

sobre el tema. Menciono la asistencia al Seminario interno del Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Universidad Nacional. Profesores: Darío Restrepo; Oscar Rodríguez, Félix Martínez, entre otros.)

2. Selección, organización y clasificación de la información: documentos de organismos especializados internacionales y nacionales: BM, CEPAL, OMS, OPS, Ministerio de Salud y Protección Social, DNP, DANE, Corte Constitucional, Defensoría del Pueblo, Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República, Superintendencia de Salud y Superintendencia de Industria y Comercio, Instituciones Universitarias y Centros de investigación, entre otros.
3. Sistematización, análisis y evaluación crítica de la información: contrastación y ajustes de las categorías de análisis, de fuentes y concepciones. Triangulación de los datos, triangulación interdisciplinaria; conversación con expertos sobre los hallazgos: Gilberto Barón; Volmar Jaime; Carlos Caicedo, Patricia Pabón, Gerardo Burgos, Liliana Rodriguez; y contrastación con académicos, funcionarios y expertos a través de entrevistas secundarias. Serie Intermedio- Emisora Universidad Nacional 2010-2015 Conductor del programa Dr. Carlos Hernán Caicedo.
4. Elaboración de tres ponencias para el Congreso Internacional del CLAD: “Las estrategias y reformas político institucionales en el sector salud en Colombia” en 2008 “La incesante búsqueda ciudadana por el reconocimiento de la salud como un derecho fundamental en Colombia 1991-2009” año 2014; y “El Régimen Subsidiado en salud una política de inclusión social con resultados mistos” año 2015.

5. Elaboración de un capítulo del libro sobre “Reflexiones para una perspectiva de investigación institucional en salud (en proceso de publicación). Entregado en abril de 2011.
6. Plan de Redacción. Elaboración del informe preliminar, 2010-2011.
7. Presentación en el Doctorado de Estudios Políticos de la Universidad Externado de los avances de la investigación. Noviembre de 2011.
8. Aprobación del informe final por parte del Director y entrega al Doctorado, 2012, reunión con los jurados de la tesis: Doctores: Emilsse Cancino, Oscar Rodríguez y Mauricio Pérez y conversación telefónica con Rubén Darío Gómez durante el año 2013 para recibir retroalimentación final del trabajo.
9. Realización de ajustes solicitados y sesiones de trabajo con el Dr. Bernardo Vela durante los años 2013 a 2015.
10. Entrega final año 2015.

I. EL ESTADO SOCIAL DE DERECHO Y LA ECONOMIA POLITICA DE LA SALUD

Con el fin de identificar los lineamientos jurídicos y los factores políticos y económicos que han rodeado el desarrollo del SGSSS, se realiza una aproximación teórica y conceptual que da cuenta de las corrientes de pensamiento que han influido en los principales Organismos Políticos y Económicos Internacionales y que a la vez, han incidido de forma importante en los cambios institucionales que ha tenido el país en materia de salud.

En la primera parte de este capítulo, se encuentra una revisión sobre la concepción del Estado Social de Derecho en Colombia, la relevancia de la salud como derecho fundamental, el ordenamiento jurídico que se ha construido alrededor del tema teniendo en cuenta los Organismos Políticos Internacionales y algunas críticas sobre su desarrollo, lo que permitirá abordar en los siguientes capítulos la problemática afrontada por el Estado para garantizar el derecho a la salud en un ESD en construcción.

En la segunda parte, se plantea un análisis desde la economía política para abordar el tema de salud, partiendo de algunas consideraciones teóricas en torno a la Economía y el Estado y la Economía de la Salud, para revisar luego los lineamientos provenientes de los Organismos Económicos Internacionales que han influido en las políticas sociales de los países en vía de desarrollo. Lo anterior por considerar que se evidencia una relación directa entre esos lineamientos y el diseño e implementación del modelo de Pluralismo Estructurado que se materializó en Colombia con la Ley 100 de 1993.

De la revisión realizada se puede inferir que existe una paradoja entre lo planteado por los Organismos Políticos Internacionales, para quienes la salud es concebida como un derecho fundamental y por consiguiente se encuentra inmersa dentro de la concepción del Estado Social de Derecho y lo sugerido por los Organismos Económicos Internacionales, quienes plantean la salud como un servicio que debe seguir los lineamientos de la racionalidad económica de mercado y sugieren el papel que debe desempeñar tanto el Estado como el sector privado en la política Social de Salud en un país. En el caso colombiano estos dos planteamientos confluyen primero en la reforma del Estado, seguida de la Constitución Política de 1991, luego en la institucionalización normativa en salud en la Ley 100 de 1993 y por último en las sentencias que ha promulgado la Corte Constitucional con referencia al derecho a la salud como derecho fundamental.

A. EL ESTADO SOCIAL DE DERECHO Y EL DERECHO A LA SALUD

Uno de los mayores cambios introducidos a la Constitución Política³³ en 1991 fue el concepto de que Colombia es un Estado Social de Derecho (ESD), convirtiéndolo en norma fundamental o estructural del Estado. En los primeros capítulos de la Carta se tratan los temas de derechos debiendo ser interpretado todo el conjunto normativo de acuerdo con esto.

El Estado Social incorpora derechos sociales fundamentales junto a los derechos políticos y civiles. Los derechos sociales “fundan derechos de prestaciones a cargo del Estado”³⁴. Sin embargo el reconocimiento de algunos de esos derechos, como aquellos al trabajo, a la seguridad social, a la educación o a la asistencia médica, por

³³Constitución Política de Colombia 1991, 19ª. ed., Bogotá, Legis Editores, 2008.

³⁴VILLAR BORDA, Luis. Estado de Derecho y Estado Social de Derecho. Contenido en: Revista Derecho del Estado. N° 20, diciembre de 2007, p. 83. Disponible en internet: http://foros.uexternado.edu.co/ecoinstitucional/index.php/derest/article/view_File/705/667, Consultado en noviembre de 2011.

sí solos, no configuran un Estado Social. De acuerdo al concepto de Estado Social de Derecho introducido por el jurista alemán Hermann Heller en 1930³⁵, como el Estado de Derecho resulta insuficiente para lograr la igualdad social real, es necesario recurrir a la forma Estado Social de Derecho.

Esto significa que se erigirá en obligación del Estado aquella consistente en proteger, verbigracia, los derechos a la seguridad social y a la asistencia médica, así como a la educación. “El concepto, que inicialmente tenía una definición bastante vaga y general, se ha ido concretando a través de la legislación y la jurisprudencia”³⁶.

Sin embargo, en Colombia a la fecha, la forma de ESD aún se encuentra en proceso de construcción y sus resultados son mixtos.

Según la jurisprudencia, la salud, al igual que la educación, es un bien correspondiente a un derecho humano fundamental, no una mercancía. Ahora bien, su satisfacción puede darse mediante el servicio público prestado tanto por el Estado como por los particulares, sin que por ello se desvirtúe el carácter de derecho fundamental³⁷, pero es el Estado quien tiene la obligación de garantizar la prestación del servicio público de salud³⁸, a través de una red estatal o con la contribución de los particulares, y así dar cubrimiento y cobertura a toda la población.

³⁵Ibíd., p. 83.

³⁶Ibíd.

³⁷ARANGO, Rodolfo. La Educación Superior, en El Espectador, 13 de octubre de 2011, Disponible en internet: <http://www.elespectador.com/impreso/opinion/columna-305206-educacion-superior>, Consultado el 14 de octubre de 2011.

³⁸GONZÁLEZ DE CANCINO, Emilssen. Dignidad, integridad y poblaciones vulnerables Contenido en: Revista Colombiana de Bioética, vol. 4 no 2. Bogotá: diciembre de 2009. p. 225 -240. Disponible en internet: <http://www.bioeticaunbosque.edu.co/publicaciones/Revista/Revista9/Articulo.pdf>, Consultado en abril 16 de 2011.

1. Fundamentos del Estado Social de Derecho

El ESD es una categoría abstracta, que puede tomar cuerpo y especificidad en todas las áreas en las que el derecho se vea involucrado. La historia constitucional da cuenta de la estructuración conceptual de lo que actualmente se conoce como ESD, y una vez aprehendido dicho concepto señala como se debe articular con la estructura administrativa, la producción normativa y la interpretación de las propias normas por los jueces constitucionales y administrativos. Sin derecho positivo (sistema de legalidad) no es posible la sociedad. “Todo lo referente al origen y ejercicio del poder nos reenvía a la cuestión de su legitimidad. Y esa legitimación, a su vez, aparece condensada en la fórmula ‘Estado de Derecho’ cuya expresión constitucional implica la más alta y superior concepción del Derecho como Sistema General de Garantías”³⁹.

“El Estado social de derecho es, pues, el resultado complejo de lo que Rodrigo Uprimny ha denominado tres tradiciones ideológicas diversas. En efecto, el Estado de nuestros días es, en primer lugar, un Estado liberal de Derecho en el que el poder está limitado y en el que se reconoce la libertad del individuo; en segundo lugar, un Estado democrático fundado en las ideas de soberanía popular y de igualdad de los individuos; en tercer lugar, un Estado social en el que el poder político debe propiciar una justicia material mínima para los asociados”⁴⁰.

³⁹GARAY, Luis Jorge. Repensar a Colombia: Hacia un nuevo Contrato Social (2002), y Crisis, exclusión social y democratización en Colombia (2003). De estos trabajos se desprende el planteamiento de Garay en el sentido de que el ESD en Colombia se está construyendo y sus resultados son mixtos.

⁴⁰VELA ORBEGOZO, Bernardo. “Adendo”. Un debate para el siglo XX: ¿Estado Interventor o Estado Intervenido?, Contribución al debate sobre la formación del Estado colombiano en el siglo XIX, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2010, p 294-295; con referencia a UPRIMNY YEPES, Rodrigo. Constitución de 1991, Estado social y derechos humanos: promesas incumplidas, diagnósticos y perspectivas. Contenido en: 1991-2001 Diez años de la Constitución colombiana: Seminario de Evaluación, 13 a 16 de junio de 2001, Bogotá, ILSA y Universidad Nacional de Colombia; 2001.

Hermann Heller con su propuesta busca lograr una igualdad social real, y señala que se concretará a través de la doctrina, la jurisprudencia y la legislación de cada país. Su aplicación está referida a los principios de la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad, el derecho a la vida y la integridad personal, el derecho a la vivienda, a la educación, al trabajo, a la seguridad social, al ambiente sano y a la cultura, así como con la prohibición de cualquier clase de discriminación, entre otros. Los diferentes países han incorporado en sus constituciones esos derechos, en gran medida en cumplimiento de los pactos y convenios internacionales que obligan a ello, emanados del sistema de Naciones Unidas y/o de otros organismos multilaterales.

Según Katz, los elementos del ESD son⁴¹:

1. Obligación de establecer condiciones de vida soportables, estándares mínimos para toda la sociedad o un mínimo existencial.
2. Seguridad social (seguro social, código de asistencia).
3. Igualdad social (igualdad de oportunidades, protección a los socialmente débiles).
La igualdad no es un principio absoluto, se refiere a un tratamiento favorable a los socialmente desfavorecidos y, en todo caso, a una igualdad de oportunidades.
4. Equidad social, o sea la eliminación de abusos originados en el poder económico o en relaciones personales de dependencia. El Estado social “penetra todos los derechos fundamentales”.
5. Sistema jurídico público de indemnizaciones en el caso de intervenciones del Estado en los derechos de los individuos.
6. Comportamiento social justo del individuo frente al Estado, lo que implica un sentido responsable de la propiedad, cooperación proporcional a las necesidades financieras, y subsidiaridad del derecho social.

⁴¹KATZ, Alfred. Staatsrecht, Heidelberg, C.F. Müller, 1987, En: VILLAR BORDA. Estado de Derecho y Estado Social de Derecho, Op. Cit., p. 88.

La adopción de la forma ESD es el resultado de un pacto que realiza una sociedad en particular,

“Si se hacen consideraciones históricas de orden político, económico y social se constata que la consolidación del Estado social de derecho en Europa occidental está asociada, en primer lugar, a la profundización de la democracia y, en segundo lugar, a los movimientos sociales que la promovieron, como el sindicalismo, por ejemplo. Hobsbawm recuerda, en este sentido, que la intervención del Estado para la regulación de los procesos económicos, la obligación del Estado de proveer asistencia a los grupos sociales más vulnerables y, en fin, el reconocimiento que éste hace del papel de los trabajadores en la negociación y elaboración de políticas públicas, se convirtieron en Europa en las fórmulas más exitosas para garantizar la paz después de la crisis ocasionada por las guerras mundiales”⁴².

Esta propuesta teórica y práctica del ESD ha encontrado contradictores de distintas corrientes a través del tiempo, quienes han planteado entre otras cosas que hay problemas estructurales en el desarrollo de esta forma de estado que hace inviable lograr los objetivos del mismo y plantean nuevos retos para mantener su vigencia en los tiempos actuales. Vela Orbegozo analizó y condensó algunos de los planteamientos de los críticos en los siguientes términos:

Habermas y Offe sostienen que “en el contexto del denominado capitalismo tardío el Estado liberal, convertido en Estado interventor, siguió sufriendo tensiones y contradicciones porque no pudo establecer límites a la autoridad política para garantizar la libertad de los individuos, y porque no pudo establecer límites a la libertad económica individual para garantizar la igualdad de todos”⁴³.

⁴² VELA ORBEGOZO, Bernardo. Adendo. Un debate para el siglo XX: ¿Estado Interventor o Estado Intervenido?, En: VELA ORBEGOZO, Ob.cit. p. 291. y en p. 303: “En criterio de Hobsbawm, con medidas de esta naturaleza keynesiana muchos países lograron desmontar el desequilibrio que prevalecía en Europa Occidental con anterioridad al conflicto bélico y que, además, se había convertido en una de las causas de ese conflicto”.

⁴³VELA ORBEGOZO, Bernardo. Op. Cit., p. 294: “Habermas y Offe sostienen que el Estado liberal – incluso en su expresión institucional de principios del siglo XX, esto es, el Estado social de derecho– sigue conteniendo las tensiones y contradicciones suscitadas, en términos políticos, entre la autoridad estatal y la libertad individual y, en términos económico-sociales, entre la libertad individual y la

Para John Keneth Galbraith “... en el modelo de desarrollo capitalista la intervención del Estado en la economía ha propiciado que las ganancias se conviertan en beneficios privados individuales y que se capitalicen, y que las pérdidas se conviertan en costos sociales que deben ser pagados por la sociedad entera”⁴⁴.

Anthony Giddens sostuvo que

“la intervención del Estado en la economía era, en primer lugar, un instrumento de fortalecimiento del Estado y, en segundo lugar, un instrumento para ejercer un control más eficiente de los riesgos propios de la sociedad industrial. Por esta razón, agrega, la intervención estatal no debería considerarse como un logro de las clases obreras organizadas, sino como el producto de un proceso impulsado por el miedo de la sociedad capitalista a las crisis económicas, pues los efectos de la gran depresión habían tenido impacto en Europa con gravísimas consecuencias. Tras las guerras mundiales, concluye, los programas sociales se concibieron en Europa como una forma de compartir los riesgos, estrategia política que se ajustaba perfectamente a las demandas de solidaridad social pero que, sobre todo, respondía de manera clara a la necesidad de fomentar la industria y de garantizar el modelo económico”⁴⁵.

Por último Boaventura de Sousa [Santos] sostiene que

“el Estado social de derecho debe afrontar contradicciones porque ‘Si es verdad que el Estado nacional está sujeto a la lógica del capital, no es menos verdad que la lógica del capital está cada vez más sujeta a las decisiones políticas del Estado’. Esta contradicción esencial se desglosa

igualdad. En este sentido, los dos sostienen que la crisis del Estado social de derecho afecta la esencia de los procesos democráticos. Más adelante se hace un estudio más detenido de los aportes de estos dos filósofos”.

⁴⁴Ibíd., p. 295 (con referencia a GALBRAITH, John Kenneth, p. 201 y ss.): “Galbraith demuestra, en efecto, que en el modelo de desarrollo capitalista y liberal hay una privatización de las ganancias y una socialización de las pérdidas”.

⁴⁵Ibíd. (con referencia a GIDDENS, Anthony. Más allá de la izquierda y la derecha. El futuro de las políticas radicales, Madrid, Cátedra, 1996, p. 141 y ss.).

en otras. ‘Cuanto más es el Estado parte constitutiva de los conflictos y problemas sociales, más está llamado a resolverlos’; ‘Cuanto mayor es la necesidad de la intervención del Estado, menores son los recursos, particularmente financieros, para una intervención eficaz’⁴⁶.

2. El Estado Social de Derecho en Colombia. Antecedentes, avances y críticas

En el caso colombiano, la adopción de algunos elementos del Estado Social de Derecho y una mayor intervención del Estado en la economía se dio en el gobierno liberal de López Pumarejo (1936), con la influencia de Keynes y las reformas del *New Deal*.

A comienzos del siglo XX el ambiente político que se vivía, permitió que se respondiera en parte a las demandas de los movimientos sociales y de los obreros a través de la formación de organizaciones sindicales, las cuales fueron producto de la acumulación originaria del capitalismo.

“Estos procesos propiciaron una Revolución en Marcha que dio lugar a un incipiente Estado social de derecho basado, en términos jurídicos, en un incremento de la intervención del Estado en la economía, en la eliminación del artículo que establecía que la educación pública debía conducirse de acuerdo con la religión católica, en una reforma agraria y en la garantía de los derechos de la clase obrera”⁴⁷.

Las reformas realizadas en 1936, propiciaron una oposición por parte de la clase alta de la sociedad y de los políticos tradicionales; quienes no comprendieron que realizar una intervención del estado en la economía conducía a un mejoramiento en las condiciones sociales y económicas de los trabajadores con lo cual se impulsaba el liberalismo económico y que en

⁴⁶ *Ibíd.*, p. 296 (con referencia a DE SOUSA SANTOS, Boaventura. Estado, derecho y luchas sociales, Bogotá, ILSA, 1991, p. 97).

⁴⁷VELA ORBEGOZO, Bernardo. Op. Cit., p. 303.

consecuencia esa intervención del estado en la economía era funcional al proceso de industrialización y de acumulación capitalista.⁴⁸

Vela Orbegozo, en su análisis del Estado y de la intervención del mismo en la economía en el siglo XX en Colombia, afirma:

“La tradición autoritaria y la estructura económica excluyente del siglo XIX siguieron existiendo en Colombia durante el siglo XX, y derivaron, como demuestra Guillén Martínez, en un capitalismo agrario que era funcional a las demandas de la primera fase de la globalización económica y que estaba asociado a los procesos conflictivos por la tenencia de la tierra y, con posterioridad, a la Violencia de los años cincuenta”⁴⁹.

La opción económica proteccionista por parte del estado que debía impulsar la competencia interna del sector industrial no contó con el respaldo necesario del sector productivo del país ocasionando retrasos en el desarrollo económico. Otro factor que influyó en el desempeño económico del país, fue el endeudamiento externo de los años ochenta que según la Asamblea General de Naciones Unidas fue el mayor obstáculo para el desarrollo de América Latina.

De tal manera que el modelo de Estado interventor hizo crisis:

“En este espacio abierto por sus críticos cobraron nuevo aliento las ideas propuestas por los pensadores neoclásicos que desde mediados de siglo abogaban por la defensa a ultranza del individualismo, de la libertad económica, del mercado y de la privatización, y que, obviamente, también se habían convertido en críticos del Estado social de derecho”⁵⁰.

⁴⁸Ibíd., p. 303-304.

⁴⁹GUILLÉN MARTÍNEZ, Fernando. El poder político en Colombia, 3^a. ed., Bogotá, Planeta, 2003, p. 81 y ss., y 381 y ss. En: Ibíd., p. 304.

⁵⁰ Ibíd., p. 313.

Como señala Vela Orbegozo, las relaciones entre el Estado y la economía se vuelven más complejas (a partir de los años ochenta, aclaración nuestra) en un país que padece procesos violentos originados en la desigualdad y la exclusión. “La violencia tiene origen en la incapacidad del Estado para crear consensos sociales amplios e incluyentes que garanticen su autoridad”⁵¹.

Según Leal Buitrago, este proceso se explica por la modernidad incompleta que ha vivido Colombia, en el cual el desarrollo político ha estado sujeto al devenir económico y en que el estado intencionalmente ha respondido de forma insuficiente a las crecientes demandas sociales.⁵²

El debate sobre las causas de la violencia ha mostrado diferentes visiones, alcanzando consensos en algunos puntos:

“La violencia tiene impactos desastrosos sobre la sociedad, por el desangre, por el declive moral, por la destrucción de lo público político, por el desgaste económico (...) y este consenso ha propiciado una idea común: luchar contra la violencia es luchar contra la desigualdad, la exclusión y la miseria en la que esta se reproduce”⁵³.

La relación Estado-economía en Colombia se volvió más compleja a partir de las últimas décadas del siglo XX:

“En primer lugar, porque en el contexto abrumador de la violencia emergen otros actores –los narcotraficantes y los paramilitares–, en segundo lugar, porque las posibles negociaciones y acuerdos en aras de la paz no pueden considerar solo a esos actores violentos sino [que tienen

⁵¹Ibíd.

⁵²LEAL BUITRAGO, Francisco. El Estado colombiano: ¿crisis de modernización o modernización incompleta?, en MELO, Jorge Orlando (ed.). Colombia hoy, Bogotá, Banco de la República, 2001, En: Ibíd., p. 306: “Esa debilidad del Estado colombiano se remonta a su incapacidad para crear consensos en torno de la autoridad, y es una evidente manifestación de lo que él denomina ‘una modernización incompleta o un ejemplo de la utopía de bienestar general postulada por el capitalismo’”.

⁵³Ibíd., p. 309-310.

que considerar también] a sus víctimas –sus demandas por la verdad y la justicia y la reparación–; en tercer lugar, porque empezó un desmonte paulatino del precario Estado social de derecho que propiciará un incremento de las desigualdades y las exclusiones”⁵⁴.

En términos de Rodrigo Uprimny “la crisis del modelo económico fundado en los principios de Keynes y de Heller fue un factor determinante...para el hundimiento paulatino de algunas instituciones que habían conformado el precario Estado Social de Derecho en Colombia. Las funciones del Estado bajo los principios económicos prevaletentes, agrega Uprimny, se han dirigido al arbitraje de la libre competencia, al mantenimiento de la moral pública, a establecer certezas sobre los derechos de propiedad, a garantizar el cumplimiento de los contratos, pero han dejado de lado las funciones que se englobaban en el concepto de constitucionalismo social”⁵⁵.

Este contexto explica en parte algunos de los procesos que vivió el país en el siglo XX y que llevaron a que en 1991 se optara a nivel constitucional por el ESD, teniendo como principal orientación la garantía de los derechos fundamentales contenidos en esta forma de estado. Se presentan las aproximaciones que sobre el tema realizaron algunos estudiosos como Rodrigo Uprimny, Juan Carlos Upegui, Néstor Osuna y Luis Jorge Garay.

Para el constitucionalismo moderno, la Constitución es una norma jurídica de obligatorio cumplimiento para las ramas del poder público. Esto ha propiciado la creación de Tribunales Constitucionales, que tienen como función

⁵⁴ *Ibíd.*, p. 313.

⁵⁵VELA ORBEGOZO, Bernardo. Op. Cit., p. 320, En: UPRIMNY YEPES, Rodrigo. Separación de poderes y forma de gobierno en Colombia. Revista Economía Institucional. N° 5, 2001, p. 157. Y allí mismo: “¿Qué es Estado de derecho?, se pregunta Rodrigo Uprimny, ¿un modelo de organización política que establece certezas sobre los derechos de propiedad, que garantiza el cumplimiento de los contratos y que promueve el crecimiento? Si el análisis se hace desde esta perspectiva, ¿en dónde quedan el constitucionalismo social y las funciones del Estado dirigidas a la distribución de la riqueza y a garantizar los derechos sociales?”.

garantizar que las ramas del poder público y los ciudadanos desarrollen sus actividades acorde con lo establecido en la constitución.⁵⁶.

En Colombia, con la Constitución de 1991 se reconoció al Estado bajo la forma Estado Social de Derecho, y con él los derechos fundamentales y la obligación estatal de tutelarlos; para salvaguardarla se creó la Corte Constitucional.

Rodrigo Uprimny⁵⁷ en su balance sobre la Carta Constitucional de 1991 indica que la nueva Constitución debió enfrentar los defectos de la política y la sociedad colombiana; era necesario que se instituyera un nuevo orden constitucional para controlar la arbitrariedad estatal, favorecer la participación de nuevas fuerzas políticas, estimular el pluralismo y lograr mayor justicia social. Los constituyentes reconocieron como factores esenciales de la crisis colombiana la exclusión social, la intolerancia, las limitaciones en la participación política y las violaciones a los derechos humanos y creyeron que con la idea del Estado Social y Democrático de Derecho (ESD)⁵⁸⁻⁵⁹, de amplia aceptación en el derecho constitucional contemporáneo, aquellas demandas encontrarían una fórmula política que enriquecida con los aportes del multiculturalismo, permitiría poner en marcha ese proyecto histórico de desarrollar una sociedad menos arbitraria y más pluralista, participativa y justa⁶⁰.

⁵⁶ UPRIMNY YEPES, Rodrigo. Estado de derecho y sentencias judiciales. Seguridad jurídica y garantismo, Bogotá, Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos (ILSA), 2008, p. 51.

⁵⁷ UPRIMNY, Rodrigo. Constitución de 1991, Estado Social y Derechos Humanos: promesas incumplidas, diagnósticos y perspectivas, en Seminario de evaluación, Diez años de la Constitución colombiana, Bogotá, Universidad Nacional, junio de 2001, p. 97.

⁵⁸ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia N° T-406 de 1992, Disponible en internet: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/t-406-92.htm>, Consultado el 10 de marzo de 2009.

⁵⁹ UPEGUI MEJÍA, Juan Carlos. Doce tesis en torno al concepto de Estado Social de Derecho: discurso jurisprudencial, elementos, usos, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2009, p. 83.

⁶⁰ UPRIMNY. Constitución de 1991, Estado Social y Derechos Humanos, Op. Cit., p. 97.

En la exposición de la ponencia para primer debate en plenaria, los constituyentes señalaron que:

“Nuestra opción es por un Estado Social, en sentido estricto, y que como tal no actúa obedeciendo los dictados de la beneficencia y de la caridad sino como respuesta a los más elementales derechos de los ciudadanos. Un Estado como agente de justicia social. La finalidad social deberá ser permanente, anticipatoria y prioritaria y no, como hoy, esporádica, reactiva y discrecional. El gasto social en Colombia debe ser prioritario por mandato constitucional, *primando el concepto de rentabilidad social sobre el de fríos rendimientos económicos*. La gestión social debe ser la piedra angular sobre la cual se construyan los ideales de la paz y de la democracia”⁶¹.

Esa fórmula política debería además facilitar las negociaciones con los grupos insurgentes que no habían hecho parte del proceso constituyente, de manera que la nueva Carta fuera un pacto de paz entre los colombianos. Lo anterior explica entonces no solo que el texto constitucional empiece señalando que Colombia es un Estado Social de Derecho, democrático, participativo y pluralista, sino que además, la Corte Constitucional haya conferido, desde sus primeras sentencias⁶², una gran importancia normativa a la adopción de esta fórmula política⁶³. La Constitución de 1991, siguiendo la terminología de Teitel, no es un texto que mire hacia atrás (*backwardlooking*) sino que se proyecta hacia el futuro (*forwardlooking*), pues más

⁶¹ ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE DE COLOMBIA. Finalidad social del Estado y la Seguridad Social, Gaceta Constitucional N° 78, 21 de mayo de 1991, p. 6, Disponible en internet: http://www.elabedul.net/Documentos/Temas/Asamblea_Constituyente/Gaceta_078.pdf, Consultado en noviembre de 2011; resaltado nuestro.

⁶² Se hace alusión, entre otras, a las siguientes sentencias: C-566/95 (M.P.: Eduardo Cifuentes Muñoz), C-587/92 (M.P.: Ciro Angarita Barón), C-1064/00 (M.P.: Manuel José Cepeda Espinosa y Jaime Córdoba Triviño), C-505/92 (M.P.: Eduardo Cifuentes Muñoz) y C-595/99 (M.P.: Carlos Gaviria). Para el desarrollo del concepto Estado Social de Derecho en Colombia en las distintas sentencias de la Corte Constitucional se puede consultar, entre otros, UPEGUI MEJÍA. Doce tesis en torno al concepto de Estado Social de Derecho, Op. Cit.

⁶³ CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia T-406 de 1992, Disponible en internet: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/T-406-10.htm>, Consultado el 10 de marzo de 2009.

que intentar codificar las relaciones de poder existentes, tiende a delinear un modelo de sociedad a construir⁶⁴.

Osuna Patiño, refiriéndose al papel de la Corte en la defensa del Estado Social de Derecho colombiano, afirma:

“La Corte ha sido en términos generales prudente y respetuosa del legislador, aunque no ha vacilado en afirmar el carácter supremo de la Constitución frente a las leyes que contraríen su texto, sus valores o los principios en que está fundado el Estado Social y Democrático de Derecho, y (...) ha proferido sentencias que han suscitado enorme controversia (...). La Corte no se limita a declarar la constitucionalidad o inconstitucionalidad de las normas examinadas, sino que emplea con frecuencia la técnica de modular los efectos de los fallos o de manipular el texto normativo juzgado, de modo que profiere sentencias que declaran, por ejemplo, la inconstitucionalidad de una posible interpretación de la ley, o bien alteran el texto normativo, mediante supresiones o adiciones, de modo que se superen así problemas de inconstitucionalidad que puede contener la ley, en especial por el potencial discriminatorio que puede derivarse cuando la regulación se considera incompleta”⁶⁵.

Para Garay⁶⁶, un Estado Social de Derecho Democrático (ESDD) “parte del reconocimiento, la necesidad y la observancia fundamental de los derechos económicos, políticos, civiles, sociales y culturales” tanto de primera como de segunda y a veces de tercera generación. Para alcanzar la satisfacción y goce efectivo de estos derechos se requiere: 1) construir “unas bases de participación ciudadana en el proceso de configuración del ESD”, reconociendo el aporte de los diferentes

⁶⁴UPRIMNY. Constitución de 1991, Estado Social y Derechos Humanos, Op. Cit., p. 98.

⁶⁵ OSUNA PATIÑO, Néstor Iván. Panorama de la Justicia Constitucional colombiana, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Autónoma de México, p. 636, Disponible en internet: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/6/2894/25.pdf>, Consultado el 22 de febrero de 2012.

⁶⁶ GARAY, Luis Jorge. Luces, sombras y paradojas de la construcción del estado social de derecho: hacia una representación de la observancia de los derechos y de las contradicciones del estado social de derecho en Colombia. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Un compromiso con los derechos económicos, sociales y culturales, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2010, p. 359-370.

grupos sociales en la formulación de políticas públicas que lleven al cumplimiento de los derechos fundamentales, y a construir un “modelo específico del Estado Social de Derecho”; 2) reconocer la “necesidad de la construcción de un verdadero ESD democrático”, representativo y con acatamiento de los derechos fundamentales con equidad y aceptación de la diferencia; 3) considerar que la construcción de un ESD es el resultado de un proceso de renovación permanente, muy diferente de lo que ocurre en los Estados sociales tradicionales. De manera que se puede decir que Colombia está en proceso de construcción hacia un Estado moderno de derecho, porque presenta algunas formas de acción e intervención institucional; 4) tener en cuenta que un ESD avanzado reconoce los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) como derechos fundamentales y que se pueden exigir bajo cualquier condición; 5) reconocer que al progresar en la construcción del ESD no basta con exigir nuevas dimensiones de derechos fundamentales, también se requiere del cumplimiento integral de todas las dimensiones de los DESC, y 6) afirmar que no basta con acatar parcialmente los derechos fundamentales sino que también se debe observar su cumplimiento de forma integral.

Según Garay⁶⁷, en términos de la economía política no se puede construir un verdadero ESD sin la “inclusión sostenible de la población al sistema económico, político y social”. Por eso, al momento de elaborar los programas para construir el ESD, es necesario revisar el cumplimiento y goce efectivo de los derechos en forma integral.

Para la construcción de un ESD se debe “analizar la dinámica de la exclusión social, la tributación por grupos de la sociedad y la orientación de los recursos públicos por sectores sociales”⁶⁸. En el sistema tributario colombiano tres grandes fenómenos afectan el recaudo de recursos: 1. Las exenciones, deducciones y

⁶⁷ GARAY. Los objetivos de desarrollo del milenio, Op. Cit., p. 367.

⁶⁸ *Ibíd.*, p. 367.

privilegios (aproximadamente 5% del PIB) favorecen a un número reducido de personas; 2. La evasión tributaria (hasta 3% del PIB⁶⁹); 3. Factores como la corrupción, las fallas administrativas del Estado y el mal gasto de recursos (del orden de 3-3.5% del PIB). Un aspecto adicional a revisar es el gasto en seguridad y defensa (del orden de 6% del PIB incluidos los recursos de cooperación internacional), que ha ubicado a Colombia en el cuarto puesto en el mundo y el segundo en las Américas, como proporción del PIB.

En otras palabras, disminuyendo el gasto en defensa, eliminando las exenciones tributarias, recaudando los impuestos evadidos y controlando la corrupción y los malos manejos, el Estado dispondría de recursos adicionales equivalentes al 6% del PIB que se podrían disponer para otros propósitos entre ellos salud. Esto evidencia que “los recursos que se destinan a objetivos diferentes a la consolidación de un ESD y que benefician a un pequeño sector privilegiado de la sociedad colombiana, resultan a todas luces excesivos”⁷⁰.

En el caso colombiano, a propósito de la atención a la población desplazada y en el marco de la Sentencia T-025 de 2004, se ha ido mostrando cómo, si no se actúa simultáneamente con integralidad y sincronía en la observancia de los derechos, se corre el riesgo no solo de avanzar de forma precaria respecto de alguno de los derechos básicos, sino incluso de bloquear las condiciones de sostenibilidad para el goce efectivo de otros derechos.

En síntesis, el Estado Social de Derecho le impone al Estado el rol de prestador de última instancia y, por consiguiente, reconoce la exigibilidad de los derechos, lo cual contribuye a que la perspectiva de los derechos se vaya constituyendo en un

⁶⁹ *Ibíd.*, p. 368.

⁷⁰ *Ibíd.*, p. 368.

referente conceptual y político para avanzar en materia de desarrollo, equidad y democracia.

3. Los instrumentos jurídicos internacionales del derecho fundamental a la salud y algunos referentes filosóficos y teóricos

Los principales referentes de carácter universal y vinculante del derecho a la salud se encuentran consagrados en varios instrumentos jurídicos internacionales. En la Declaración Universal de Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948), numeral 1 del artículo 25 el derecho a la salud fue consagrado como un derecho humano. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre aprobada en su 9ª conferencia (Bogotá Colombia, 1948), en el artículo XI señala “toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

En 1966 en el Pacto Internacional de Derechos Sociales y Culturales (Pidesc), artículo 12, numeral 1, se determina el derecho a la salud como un derecho social al ser reconocido como “...el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental...”; En el año 2000, en reunión del Pidesc, observación general número 14, se amplía la concepción del derecho a la salud al definirse como un “derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”, y en su postulado lo amplía al señalar que “Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto grado de salud que le permita vivir dignamente; así mismo determina que “el derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos...en particular al derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información, y a la libertad de

asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud”.

Así mismo, para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), “el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte”, 1. Disponibilidad: cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas; 2. Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser asequibles a todas las personas sin discriminación, y con facilidad de acceso físico, económico y de información. 3. Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista médico/científico y ser de buena calidad.⁷¹

En el artículo 10 del Protocolo de San Salvador 1988 (Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), se consagra que toda persona tiene derecho a la salud, entendida “...como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.” Así mismo se reconoce como un “...bien público”.

Otro instrumento jurídico de carácter internacional por su relevancia está relacionado con el concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud, el cual se consensuó durante la conferencia de ALMA ATA en 1978, y señala que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y, no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades. Así mismo consagra “...el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano

⁷¹Comité de DESC. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. 11/08/2000, E/C.12/2004/4, CESCR Observación General 14 (General Comments). Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000.

sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados”.⁷²

La concepción de los derechos varía según la forma de estado que adopte un país, en particular si se trata de los derechos fundamentales. El Estado de Derecho es una organización política racional cuyo fin último es el respeto a la libertad individual. En ésta concepción los derechos fundamentales son aquellos que por naturaleza corresponden al hombre individual libre. Siguiendo a Osuna, lo común de este pensamiento es que el individuo aislado es el titular del derecho, la libertad individual es el objeto protegido desde el punto de vista jurídico y el Estado es un sujeto pasivo.

En la teoría democrática de los derechos fundamentales, las facultades morales de la persona democrática se convierten, bajo el imperio de la constitución, en posiciones democráticas de derecho fundamental cuyo titular es el ciudadano.⁷³ Acorde con Osuna, en el marco del ESD, los derechos fundamentales responden en “la posibilidad material de todos los ciudadanos –se diría de todas las personas- para gozar efectivamente de la libertad real en condiciones de igualdad-en iguales condiciones de dignidad. El mismo autor señala que los derechos fundamentales en el Estado Social son más que las cláusulas de separación entre las competencias privadas y públicas, pues dada su relación con el reparto de la riqueza y con la

⁷²OMS. Principios de la constitución de la OMS Documentos básicos. Suplemento de la 45edición, Octubre de 2006.

⁷³ BERNAL PULIDO, Carlos. El principio de proporcionalidad y los derechos fundamentales. Centro de estudios políticos y constitucionales .Tercera edición, Madrid 2007 y Escritos sobre la aplicación de los derechos fundamentales. Cuarta edición. Bogotá; Universidad Externado de Colombia, 2007, p 319. En: GAÑAN, Jaime. De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. Revista Monitor Estratégico, 2013. Superintendencia de Salud de Colombia No 3. Enero-Junio de 2013, p. 8.

participación de la colectividad en el bienestar, se tornan en uno de los componentes más significativos de la dinámica política.⁷⁴

Baldassarre señala que la forma Estado Social es la solución político–constitucional ante la inseguridad social, que se produce a causa de los desequilibrios de poder que se dan como consecuencia del libre juego de las fuerzas sociales y el caos que generan los mecanismos espontáneos del mercado, entre otras causas.⁷⁵

En un ESD, los derechos sociales deben trascender a principios iusfundamentales que sean fines en sí mismos, como también a medios instrumentales para la materialización de la *libertad fáctica* y que adicionalmente garantice la exigibilidad real de tal derecho por parte de cada uno de los ciudadanos, pero igual posibilite la materialización del principio de solidaridad. En ese sentido, la persona y la sociedad en el contexto del Estado Social debe girar más en torno de la dignidad humana que de su libertad. Se hablaría entonces de “garantizar una vida digna y con calidad que permita el mayor desarrollo posible del plan de vida de cada persona y de la sociedad en general... si se comprende el derecho a la salud como gozar de una alta calidad de vida y de bienestar integral y del disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.⁷⁶ De ahí que los derechos sociales se consideren derechos universales y vinculantes.

Con miras a fundamentar el enfoque del derecho a la salud, se analizarán algunos elementos éticos y morales que provienen de distintas escuelas de

⁷⁴ OSUNA PATIÑO, Néstor. Apuntes sobre el concepto de derechos fundamentales Temas de derecho público. Universidad Externado de Colombia. Instituto de estudios constitucionales. Carlos Restrepo Piedrahita. No 37, Bogotá, 1997, p. 16-17.

⁷⁵BALDASSARRE Antonio. Los derechos sociales. Serie de teoría Jurídica y Filosofía del derecho No 20. Universidad Externado de Colombia, 2001, p. 27.

⁷⁶Gañan, Op. Cit., p. 9

pensamiento⁷⁷: teoría de la distribución igualitaria de los recursos; teoría de la igualdad de oportunidades; teoría del desarrollo como libertad; teoría de la conexión con el derecho a la vida.

En el marco de la teoría de la distribución igualitaria de los recursos, se entiende por derecho⁷⁸ la demanda de una persona respecto de otra mediante elementos jurídicos, ya sea en razón de un deber contraído previamente, por ejemplo con ocasión de un contrato, o de un principio moral, como en el caso del respeto igualitario. Los derechos legales se pueden reclamar judicialmente al Estado y su no cumplimiento causa sanciones. En el caso de los derechos morales no se requiere de condiciones especiales ni de una Ley que los señale: cada ser humano es titular de ellos y no se necesita ser ciudadano de un país o pertenecer a una comunidad para ejercerlos, son derechos universales. Gosepath propone basar los derechos sociales (educación, salud, trabajo, entre otros) en el “respeto igualitario que merecen todos los seres humanos”. Una distribución igualitaria de todos los bienes de que dispone una sociedad puede servir como fundamentación de los derechos sociales. En caso de presentarse distribución desigual se debe justificar la razón para que esto suceda.

En la teoría de la igualdad de oportunidades, de acuerdo con Rawls, la justa igualdad de oportunidades es uno de los principios que debe regir la estructura básica de la sociedad, lo que significa que una persona pueda elegir una profesión u ocupar un cargo que le represente ventajas sociales o económicas, sin que ello dependa de sus propias condiciones sociales o económicas. Lo opuesto, desde el punto de vista moral, sería arbitrario. Se deben fortalecer las instituciones sociales que ayuden a

⁷⁷ MARTÍNEZ MARTÍN, Félix León. Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud. En: *Equidad y salud: debates para la acción*, Darío I. Restrepo (ed.), Bogotá, Secretaría Distrital de Salud y Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID de la Universidad Nacional de Colombia, 2007, p. 101.

⁷⁸ GOSEPATH, S. Consideraciones sobre los derechos humanos sociales, En: *ÁLVAREZ CASTAÑO, Luz Stella. El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral*. Revista Panamericana Salud Pública/Pan Am. J. Public Health 18(2), 2005, p. 132.

derrumbar las barreras de clase que propician que los cargos y prerrogativas solo sean de unos pocos.

Daniels⁷⁹, retomando a Rawls⁸⁰, señala que la política de salud se debe regir por principios de justicia porque genera condiciones que afectan el proyecto de vida de las personas. Es por ello que la política sanitaria no puede basarse en el mercado, puesto que las personas que no puedan participar de él no podrían satisfacer sus necesidades en materia de salud. “Una sociedad organizada exclusivamente según las normas de mercado no logrará legitimidad ante los ojos de los ciudadanos y éstos no se pueden considerar a sí mismos personas libres e iguales ni se sentirán comprometidos activamente con su futuro”. Aunque Rawls no define de qué tipo de instituciones se trata, Daniels considera que el acceso a los servicios de salud hace parte de esas instituciones.

Cada día toma más fuerza el concepto de salud en el que se interrelacionan las condiciones de bienestar del individuo, con el derecho a tener una calidad de vida digna y con la garantía de acceder a unos servicios básicos que le permitan desarrollar las “libertades fundamentales (capacidades)”⁸¹.

El concepto de capacidades fue desarrollado por Amartya Sen y por Martha Nussbaum⁸². Al respecto, Vélez Arango retoma a Sen y afirma:

“Llevamos un tiempo tratando de defender la idea de que en muchas evaluaciones el ‘espacio’ correcto no es, ni el de las utilidades (como sostienen los partidarios del enfoque del bienestar) ni el de los bienes

⁷⁹ DANIELS, N. *Justice-Health Care*, Ibíd.

⁸⁰ RAWLS J. *Liberalismo político*, Ibíd.

⁸¹ VÉLEZ ARANGO, Alba Lucía. Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el Estado Social de Derecho. En: *Hacia la Promoción de la Salud*, Vol. 12, enero-diciembre de 2007, p. 71-72, Disponible en internet: http://promocion.salud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_6.pdf, Consultado el 14 de noviembre de 2008.

⁸² Ibíd., p. 71.

primarios (como exige Rawls), sino el de las libertades fundamentales—las capacidades—para elegir la vida que tenemos razones para valorar”⁸³.

En la teoría del desarrollo como libertad, Sen⁸⁴ propone reconsiderar los conceptos de desarrollo y de libertad. Según él, la libertad tiene dos facetas: la del proceso, que se refiere a que cada persona pueda decidir libremente, y la de oportunidad, referida a la libertad de lograr los objetivos que cada uno valora; se relaciona con las oportunidades reales que brinda la sociedad para conseguir lo que es importante. Sin embargo, más adelante⁸⁵ el autor afirma que la libertad no es un simple listado de derechos sino que debe ir más allá hasta alcanzar la faceta de las oportunidades. No son aceptables los supuestos de priorización de algunos derechos (p. ej., de propiedad) que pueden afectar especialmente a los pobres —como la falta de asistencia médica—, situaciones que no tienen respaldo ético alguno. La libertad, desde la propuesta de Sen, es que se disponga de las oportunidades sin obstáculos. Se trata de tener la salud adecuada sin que ello implique efectos negativos en otros aspectos, en donde aquella debe estar plasmada como uno de los objetivos de desarrollo de la sociedad⁸⁶.

Respecto de la teoría de la conexión de la vida conviene recordar que, en Colombia, hasta la sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, que unificó y declaró específicamente el derecho a la salud como un derecho fundamental, se buscaba el derecho a la salud por vía de su conexión con el derecho a la vida. Así, mediante el mecanismo de la tutela (denominado recurso de amparo en otros países),

⁸³ *Ibíd.*, p. 71-72.

⁸⁴ SEN, A. Bienestar, justicia y mercado, En: ÁLVAREZ CASTAÑO. El derecho a la salud en Colombia, Op. Cit., p. 133.

⁸⁵ SEN, Amartya. Desarrollo y libertad, En: *Ibíd.*

⁸⁶ Véase también PEDRAJAS, Marta. La transformación ética de la racionalidad económica en Amartya Sen. Una recuperación de Adam Smith. *Quaderns de filosofia i ciencia*, 2006, Disponible en internet: http://www.uv.es/sfpv/quadern_textos/v36p105-117.pdf, Consultado el 14 de noviembre de 2011; y PÉREZ SALAZAR, Mauricio. La libertad no es un lujo. Contenido En revista: *De Economía Institucional* N°. 2, primer semestre del 2000.

en numerosas ocasiones se sustentó la conexión de los dos derechos –a la vida y a la salud–, y en muchos casos los jueces llegaron a romper los mecanismos de exclusión creados por el nuevo Sistema de Salud. Considerando que la tutela es individual y no se puede extender a casos similares, esta teoría resulta limitada (excepto cuando la negación del derecho amenace la vida de una persona).

Los críticos de la fundamentación moral del derecho a la salud consideran que es difícil reglamentar el derecho a la salud y que sus costos son muy altos.

“La elección de la perspectiva de derechos como marco conceptual de referencia obedece a que es posible abordar a las personas como sujetos de derechos y no como sujetos de necesidades. Son enormes las posibilidades que se derivan de este cambio de perspectiva de los sujetos de la política social. Una necesidad, cuando es satisfecha, desaparece, un derecho no. El derecho siempre hay que protegerlo, exigirlo, respetarlo”⁸⁷.

Retomando a Sen, las políticas deben apoyarse en las “libertades o derechos positivos” y permitir que los “derechos universales “sean alcanzados de manera progresiva. Para Colombia y otros países que presentan dificultades de recursos y limitaciones institucionales, cabe señalar que Sen plantea que “existe la obligación estatal de contar con una política pública que garantice el alcance progresivo de cierto derecho hasta lograrlo en forma universal”. Esto es lo que se llama metaderecho. Dicha perspectiva de derechos posibilita dar una mirada más integral y proveer mecanismos e instancias que los hagan efectivamente exigibles.

“La ventaja del enfoque de derechos consiste en que permite promover el desarrollo humano, reconocer las capacidades y potencialidades tanto de los grupos poblacionales como de los territorios, [y además] valora la participación social y la participación comunitaria, fomenta los procesos de descentralización y de desconcentración de la gestión pública y

⁸⁷ *Ibíd.*, p. 40.

promueve la corresponsabilidad y la responsabilidad social, porque se trata de sujetos de derechos. Igualmente importante es que los derechos se constituyen en un fin en sí mismos pero también en un medio para el alcance de otros derechos”⁸⁸.

“Amartya Sen⁸⁹ al llevar a cabo la idea que relaciona desarrollo y libertad opta por la línea consecuencialista [*sic*] y se atreve a proponer a la humanidad un ideal de sociedad buena. El consecuencialismo de Sen es moderado, dice que la privatización, o el mercado, o el estatismo no es la única vía. Cada sociedad debe decidir sus propios procesos. Los caminos al desarrollo como libertad son diversos pero siempre deben converger hacia ingresos (mayores y mejor distribuidos) e incremento en la esperanza de vida así como a la ampliación de la cobertura y calidad de la educación”⁹⁰.

La Constitución Política de 1991, elaborada bajo el precepto del respeto a la dignidad humana y a la convivencia pacífica, hizo un reconocimiento legal de los derechos fundamentales⁹¹ para todos los colombianos: a la vida, a la integridad física, a la salud y la seguridad social, al reconocimiento jurídico, a la educación, a la libertad de culto, de conciencia, de expresión, al trabajo y a la participación, entre otros⁹². En su artículo 4to, se pone en evidencia que el derecho a la salud tiene carácter vinculante sobre todos los poderes públicos y analizado en clave de Estado Social es un derecho estructural de tal concepción jurídico-política. Al ser el derecho a la salud un derecho Fundamental, comparte con los demás derechos fundamentales el estatus de garantía y de protección que la Constitución le otorga; es decir, debe ser un derecho de aplicación directa por parte de la rama judicial y de los órganos

⁸⁸ *Ibíd.*, p. 46.

⁸⁹ GONZÁLEZ BORRERO, Jorge Iván. El Desarrollo Humano y el enfoque de derechos: expansión de las libertades de las personas, *Ibíd.*, p. 43-49.

⁹⁰ *Ibíd.*, p. 46.

⁹¹ ATTINÁ. El sistema político global. Introducción a las relaciones internacionales, *Op. Cit.*, p. 247: “Es necesario recordar que dichos derechos a nivel internacional están inscritos tanto en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 23) como en tratados como el Pacto de derechos económicos, sociales y culturales (art. 12)”.

⁹² Ver al respecto GARAY, Luis Jorge. *Repensar a Colombia: Hacia un nuevo Contrato Social* (2002), y *Crisis, exclusión social y democratización en Colombia* (2003). De estos trabajos se desprende el planteamiento de Garay en el sentido de que el ESD en Colombia se está construyendo y sus resultados son mixtos.

administrativos y vincula a todos los poderes públicos, debe estar dotado de la garantía de la reserva de Ley y ser un derecho protegido aún frente al poder constituyente secundario. En Colombia, debe gozar de la garantía, del contenido esencial frente al poder legislativo y estar garantizado mediante acciones de amparo constitucional y no podrá ser suspendido durante los estados de excepción.

El derecho a la salud cumple con las características generales de los derechos fundamentales con relación a su génesis por su natural condición de derecho humano POSitivizado en los instrumentos internacionales de derechos humanos, esto es: vocación de universalidad, innata, irrenunciable, obligatoria, inalienable, imprescriptible, indivisible, inviolable y progresiva.⁹³

En el marco de los derechos sociales, en la constitución el derecho a la salud quedó consagrado en el artículo 49 (hoy reformado por el acto legislativo 002 de 2009 del Título II: De los Derechos, Las Garantías y los Deberes, del capítulo II, dedicado a los Derechos Sociales, Económicos y Culturales. En el art. 50 se señala que todo niño menor de un año, que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado.

En otros apartes de la carta constitucional el derecho a la salud puede inferirse de la enunciación normativa de otros artículos constitucionales: derecho a la salud a las personas de la tercera edad (art. 46), a las personas en estado de discapacidad (art. 47); al ejercicio del deporte bajo el contexto de la preservación y desarrollo de una mejor salud en el ser humano (art. 52), a la salud de los trabajadores (art. 53), a los trabajadores de la tercera edad o discapacitados (art. 54), a los trabajadores agrarios (art. 64) y el art.79 como determinante del derecho a un ambiente sano.

⁹³ GAÑAN, Jaime. Op. Cit., p. 13.

En esta investigación partimos de la premisa que la salud es un derecho fundamental y no un servicio público. Por tal razón, comparte las características formales y materiales propias de un derecho. Siguiendo a Gañan al referirse al análisis que hace Carbonell sobre los derechos fundamentales, y al tener éste en cuenta los enfoques conceptuales de Ferrajoli, Alexy, Bernal y Arango en cuanto a las características de los derechos fundamentales, se realiza una primera aproximación a los conceptos y valores que puedan determinar que un derecho pueda ser considerado como fundamental.

Carbonell citando a Ferrajoli en cuanto a la característica de *universalidad*, indica que uno de los criterios axiológicos sugeridos por el constitucionalismo estatal e internacional, es el nexo que se da entre derechos humanos y paz, consagrado en el preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). Según el citado autor, deben ser garantizados como derechos fundamentales, todos los derechos vitales cuya garantía es condición necesaria para la paz: el derecho a la vida y a la integridad personal, los derechos civiles y políticos, los derechos de libertad y los derechos sociales para la supervivencia. Gañan agrega que el derecho a la salud sin duda hace parte de tal categorización, por ende debe ser garantizado como un derecho fundamental.⁹⁴ Carbonell hace un análisis tanto desde la filosofía de la justicia como desde la teoría de la política, y considera que los derechos pueden ser fundamentales“...en la medida en que se constituyan en instrumentos de protección de los intereses vitales, de las personas ya que estos preservan los bienes básicos necesarios para desarrollar cualquier plan de vida de manera digna.”⁹⁵

Existe un nexo directo entre democracia y derechos fundamentales el cual se define en torno a las formas en que la primera establece mecanismos de

⁹⁴GAÑAN Op. Cit., p.11 (con referencia a FERRAJOLI, LUIGI, Derecho y Garantías. Ley del más débil. Madrid: Trotta, 2001.Op. Cit., p. 43.)

⁹⁵ GAÑAN Op. Cit., p11.

reconocimiento y garantías a los segundos. En otras palabras, se puede plantear que una democracia es concebible como más o menos capaz (o más o menos real) en función de la efectividad de los instrumentos jurídico-normativos que dispone para tutelar los derechos fundamentales en torno a tres dimensiones, una titularidad establecida hacia un “todos”, salvaguardas contra los abusos de poder (público o privado) y determinación de garantías conforme a los ámbitos nacional y supranacional. De esta forma, una valoración de las capacidades reales de la democracia implica en cierto sentido una re-definición de la misma, conforme a criterios de orden jurídico y en torno a las interrelaciones entre garantías y derechos fundamentales.

Para Ferrajoli⁹⁶ los derechos fundamentales se estructuran conforme a una reconceptualización de la democracia. En primer lugar, el autor no se pregunta cuáles son los derechos fundamentales (dimensión positivista con referencia a determinados ordenamientos jurídicos), o cuáles deberían ser (dimensión axiológica), sino, por el contrario, qué son los derechos fundamentales (teoría del derecho), definiéndolos así:

“(…) todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a ‘todos’ los seres humanos dotados del status de personas, de ciudadanos o personas con capacidad de obrar; entendiendo por ‘derecho subjetivo’ cualquier expectativa (de prestaciones) o negativa (de no sufrir lesiones) adscrita a un sujeto por una norma jurídica; y por ‘status’ la condición de un sujeto, prevista asimismo por una norma jurídica positiva, como presupuesto de su idoneidad para ser titular de situaciones jurídicas y/o autor de los actos que son ejercicio de éstas⁹⁷”

Una segunda característica es su universalidad. Son derechos fundamentales aquellos imputables a un “todos”, definido en torno al status de persona, ciudadano o capaz de obrar, en otras palabras, el “todos” de Ferrajoli define a aquellos cuya

⁹⁶ FERRAJOLI, Luigi. Derechos Fundamentales. En: De Cabo, Antonio y Pisarello, Gerardo (Ed) Los fundamentos de los derechos fundamentales. Editorial Trotta S.A., Madrid, 2001, p. 19 – 56

⁹⁷Ibíd., p. 19

titularidad se encuentra normativamente reconocida, y sobre los cuales el mismo ordenamiento define el carácter de indisponibilidad, inalienabilidad e inviolabilidad de dichos derechos, aspectos que los diferencian de los derechos no fundamentales. Complementa lo anterior, el hecho que para Ferrajoli los derechos fundamentales se diferencian de los no fundamentales conforme a cuatro tesis: “(a) existe una distinción entre derechos fundamentales y derechos patrimoniales; (b) los derechos fundamentales integran la denominada dimensión sustancial de la democracia la cual complementa la democracia formal; (c) los derechos fundamentales conllevan una dimensión supranacional y; (d) existe una clara relación entre derechos fundamentales y sus garantías.

Si bien las cuatro tesis son centrales en la estructura de Ferrajoli, su segunda tesis es clave para entender el nexo arriba esbozado, ya que vincula de forma directa derechos fundamentales y democracia. Este eje de interés en su obra toma como referencia las dinámicas que posibilitan a los derechos fundamentales estructurarse como la base de la igualdad jurídica, que a su vez es sustento de una dimensión “sustancial” de la democracia, la cual trasciende la visión formal o procedimental de la misma.

La democracia sustancial es una construcción crítica al Estado de Derecho, que se estructura sobre demandas de legitimación formal proveniente del poder otorgado legalmente que lo conmina a su vez al cumplimiento de una forma y de un orden legal; que sin embargo ha implicado desviaciones, como por ejemplo formas de gobiernos totalitaristas revestidos de legalidad sin limitación de su poder legalmente investido. Y aquí está el eje del discurso de Ferrajoli: se hace necesaria una forma de democracia sustancial cuya forma de legitimación sea también sustancial, esto es una legitimación que deriva en sentido estricto de la limitación de los poderes públicos.

Así las cosas, la democracia sustancial de Ferrajoli se entiende en torno a una “mejora” material de la democracia formal, la primera se reviste de validez jurídica, la segunda es una legitimación política con base en la toma de decisiones. La primera limita por vía constitucional actuaciones desviadas de los poderes de Estado que puedan afectar las expectativas que comprenden los derechos fundamentales, al mismo tiempo que subsana los problemas de la segunda, al limitar el poder de los ciudadanos⁹⁸ al hacer inmodificables los contenidos de los derechos fundamentales con base en normas jurídicas positivas. En otras palabras, al estar plenamente establecidos en la ley, los derechos fundamentales se resguardan con el conjunto de obligaciones y prohibiciones establecidas al poder político y a los particulares, esto es lo que da sentido a la democracia sustancial.

En este orden de ideas, la relación causal entre democracia y derechos fundamentales está supeditada a que los derechos fundamentales son en sí, mecanismos que limitan los actos que ejercen los poderes públicos y aún los particulares, al estar definidos en el ordenamiento jurídico, puesto que implica también la construcción de garantías de protección y la definición de mecanismos para su real ejercicio; esto es lo que incide en la construcción de una democracia constitucional que introduce las garantías inherentes a los derechos fundamentales en sus aspectos positivos o negativos.

En síntesis una democracia es realmente efectiva y capaz para garantizar los derechos fundamentales cuando logra limitar el poder político (que puede conllevar acciones negativas sobre los derechos), sometiendo el poder a lo jurídico. Se establece entonces un nexo entre democracia y derecho en la medida que este último

⁹⁸ Se entiende esta limitación en torno a la posibilidad de las mayorías para decidir sobre el contenido de dichos derechos, incluso sin tomar en cuenta las diferencias que entraña la heterogeneidad social en la que es posible reconocer minorías con diferentes visiones sobre el contenido de los derechos. Y también, aunque Ferrajoli no lo menciona explícitamente, se alude a la limitación de los poderes que detentan actores de mercado cuando sus acciones logran atentar de forma directa o indirecta contra el contenido de los derechos fundamentales, o contra su realización efectiva.

define las garantías y las formas jurídicas de protección de los derechos fundamentales. En palabras de Ferrajoli, este nexo se basa en *normas sustanciales sobre la producción*, que definen *qué* cambiar y *qué no* cambiar del ordenamiento jurídico, limitando con ello el poder público. Así las cosas, la democracia real es sustancial en tanto define en función de los derechos fundamentales el conjunto de herramientas jurídicas para su protección.

Un segundo aspecto de esta democracia realmente efectiva, alude a que esta conlleva un “espíritu” garantista en tanto concreta mecanismos para tutelar y proteger los derechos fundamentales frente a intrusiones del poder público, como señala Durango: “

“Cuando una democracia adopta la forma de democracia constitucional de derecho, la posible violación de los derechos por parte de los poderes públicos y privados queda sometida a los límites que estos interponen a tales poderes; de *“allí su carácter indisponible e inalienable, en tanto incumben de igual forma y medida a todos sus titulares”*⁹⁹

En este orden de ideas, la idea de Ferrajoli trasladada al tema de interés de este trabajo, se sintetiza en que la defensa de los derechos fundamentales (como la salud en el caso colombiano) implica una construcción diferente a la del Estado de Derecho cuyos mecanismos no bastan para responder a las exigencias de una ciudadanía heterogénea, sino que, con referencia a contextos sociales, políticos, económicos u culturales actuales, exige la construcción de un modelo de Estado garantista basado en una democracia sustancial que proteja jurídicamente los derechos fundamentales y logre además limitar los poderes públicos.

⁹⁹ DURANGO ALVAREZ, Gerardo A. Aproximaciones conceptuales a la democracia constitucional y a los derechos fundamentales en la Teoría de L. Ferrajoli. Opin. jurid.; 2007, Vol. 6, No 12, p. 165-185.

Esto implica a su vez una redefinición de la relación entre política y derecho, en la cual el derecho no se supedita a la política, pero tampoco la política depende exclusivamente del derecho. Por el contrario esta relación implica la definición de formas de protección de los derechos fundamentales, cuya efectividad esté sustentada no solamente en la capacidad coactiva de la ley, sino también en la capacidad de cohesión social de la democracia. Ferrajoli anota que la crisis del Estado estriba en el no reconocimiento y garantía de los derechos fundamentales por el sistema jurídico, por ende, entender la capacidad real de la democracia implica ver cómo ésta logra expandir los derechos y generar formas de accionabilidad, es decir logre evitar mediante el ordenamiento jurídico que dichos derechos se escindan y no se logren sus garantías. En conclusión una democracia real debe ser entendida como un espacio de interrelación entre los derechos fundamentales, sus garantías y el derecho visto como un ámbito de legalidad jurídica en torno a los procesos de deliberación pública que conllevan al consenso o al disenso público.

Como corolario de lo anteriormente expuesto, puede señalarse con Ferrajoli que el Estado en el actual contexto se encuentra presionado por fuerzas políticas y económicas tales como la globalización o la constitución de un mercado financiero global, que inciden de forma directa en la pérdida de capacidades de control, regulación de los poderes públicos y de las fuerzas sociales y de mercado, que resultan en la *des-constitucionalización* de los derechos ciudadanos la cual se hace manifiesta en el deterioro de los principios propios del liberalismo político y en el detrimento de los procesos asociados al reconocimiento de los derechos humanos y los mecanismos existentes para su reconocimiento y garantía, en el sentido que se subsumen estos derechos a los intereses de las élites económicas que actúan como grupos de presión que captan al aparato estatal en función de sus intereses, dando así una transformación de lo público entendido ya no como lo colectivo o lo social, sino en función de la imposición de un orden global construido sobre el liberalismo económico.

Así las cosas, el proceso de des-constitucionalización se manifiesta en que las esferas sociales, políticas y culturales, así también como las funciones del Estado para reconocer los derechos de las mayorías y de las minorías, se subordinan no al derecho, sino a la economía y a los principios del mercado. Puede extraerse del análisis que el autor hace del caso italiano¹⁰⁰, que así como en los regímenes totalitaristas y fascistas se subordinó e incluso se limitó el reconocimiento de la democracia a la legitimación del poder político por parte de las masas sobre la figura de líder personalizado y populista; en el actual contexto la subordinación se construye en torno a los principios del sistema de mercado que aboga por la reducción del Estado y por ende a la sumisión de la democracia a la mano invisible, fortaleciendo con ello una racionalidad de corte excluyente en donde los derechos se cobijan en función de las restricciones presupuestales, es decir de la capacidad de pago.

La necesidad de una democracia constitucional se hace evidente, en contextos en los cuales el Estado es un aparato cooptado por intereses económicos. Se hace necesario el reconocimiento de los derechos fundamentales de las minorías, el derribo de visiones discriminatorias y excluyentes que se sustentan en procesos de desregulación y de libre mercado. Así las cosas la constitucionalización del derecho, bajo la lógica de Ferrajoli es un proceso en el cual se espera el reconocimiento de garantías de los derechos sociales, que recordemos aluden tanto a prohibiciones de lesión como a obligaciones de prestación en función del reconocimiento de los derechos sociales y de libertad de los seres humanos, mediante un derecho material o sustantivo en el que el Estado y el mercado sean condicionados a través de la definición expresa de fines sociales, y más aún de la determinación del derecho como un sistema de garantías, en el entendido que no sirve un simple esbozo de los derechos, sin la definición de mecanismos que los hagan efectivos.

¹⁰⁰ FERRAJOLI, Luigi. Poderes salvajes. La crisis de la democracia italiana, Roma, Ed. Laterza, 2011.

3. Bases jurídicas del derecho fundamental a la salud en Colombia

El derecho a la Salud como derecho fundamental debe ser “objeto de todas y cada una de las garantías constitucionales y legales prevista para tal tipo de derechos y no solo para efectos de su justiciabilidad vía acción de tutela “¹⁰¹

Jaime Gañan

En la Constitución Política de Colombia es posible contextualizar el plan de vida con el libre desarrollo de la personalidad y dignidad; lo cual significa que el derecho a la salud es *universal*, para todos los colombianos y es en sí mismo un bien y una condición necesaria para la realización de cualquier plan de vida, como lo señala la sentencia T-227 de 2003¹⁰² en la que se afirma que “...será derecho fundamental todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo es decir, en la medida que resulte necesario para lograr la libertad de elección de un plan de vida concreto y la posibilidad de funcionar en sociedad y desarrollar un papel activo en ella...).

Carbonell adicionalmente infiere de los conceptos de Alexy y de Ferrajoli que como consecuencia de la Universalidad se derivan dos características de los derechos fundamentales: la inalienabilidad y no negociabilidad. En el ESD, el derecho a la salud desde una visión integral y sistémica de los derechos, es inherente a la persona humana y absolutamente necesaria para la realización digna de cualquier plan de vida; por consiguiente, el derecho a la salud cumple con las condiciones de universalidad; todas las personas tienen derecho a él, a la protección de bienes e intereses vitales y en consecuencia es inherente a las personas para desarrollar cualquier plan de vida digna, y es una pretensión moral y existencial justificada. Su titularidad es irrenunciable, inalienable e innegociable, y ni la persona ni el Estado

¹⁰¹ GAÑAN, Op. Cit., p 19.

¹⁰² Ibíd., p. 12 (El autor en referencia a la sentencia T-227 de 2003 M.P. Eduardo Montealegre Lynnet, p. 13)

pueden disponer de su titularidad. Por lo anterior se puede concluir que el derecho a la salud es un derecho fundamental por tener conexión directa con los principios constitucionales. Lo anterior se expresa en la sentencia T-536 de 1992 que señala: “el derecho a la salud y a la vida son derechos fundamentales porque son esenciales al hombre; la salud se encuentra ligada al medio ambiente que le rodea y que dependiendo de las condiciones que este le ofrezca, les permitirá desarrollarse económica y socialmente a los pueblos, garantizándoles su supervivencia”¹⁰³

El derecho a la salud es un verdadero derecho fundamental porque cumple con las siguientes características esbozadas en la sentencia C-463 de 2008, en la cual se expresa

“el carácter universal del derecho a la seguridad social en salud aparece como consecuencia su fundamentabilidad, esto es, su carácter de derecho fundamental, tanto respecto del sujeto como del objeto de este derecho, ya que se trata, de un lado de un derecho que es predicable de manera universal y sin excepción respecto de todas las personas sin posibilidad de discriminación alguna; de otro lado, se trata de un derecho que es predicable respecto de una necesidad básica de los individuos o seres humanos, esto es la salud, lo cual implica, a su vez, la obligación de prestar todos los servicios necesarios para su prevención, promoción, protección y recuperación tal y como lo prevé el artículo 49 Superior. Este carácter fundamental de derecho a la salud se justifica también por la importancia y relevancia del mismo para la vida digna de las personas. En este sentido, esta corte ha hecho énfasis en la fundamentabilidad (sic) del derecho a la salud en los casos de los menores de edad, de personas de la tercera edad, o de sujetos de especial protección constitucional. Adicionalmente, esta corte ha reconocido también la fundamentabilidad del derecho a la salud por conexidad con otros derechos fundamentales como la vida digna e integridad personal”¹⁰⁴.

¹⁰³ Ibíd., p. 12. (El autor en referencia a la sentencia T-536 de 1992. M.P. Simón Rodríguez, p. 8.)

¹⁰⁴ Ibíd., p.12 (El autor en referencia a la sentencia C-463 de 2008, M.P. Jaime Araujo Rentería, p.49)

En Colombia el derecho a la salud posee una relación directa con los principios constitucionales, por cuanto que el país es un ESD, por contribuir a la materialización de la dignidad humana, por ser un derecho inalienable que goza de primacía, sin discriminación alguna, por ser la constitución norma de normas y ser el derecho a la salud una disposición constitucional; por lo que tiene supremacía sobre normas infraconstitucionales y conecta a todos los poderes del Estado y a los particulares.

Como derecho vincula a todos los poderes del Estado, se constituye en un derecho subjetivo, el cual se encuentra sobre normado y en donde existe un Plan de Beneficios denominado Plan Obligatorio de Salud que debe ser garantizado a toda persona por parte del Estado .

Acorde con lo anterior las personas pueden exigir acciones positivas por parte del Estado y así mismo se le prohíbe al Estado realizar acciones negativas que perjudiquen el derecho a la salud de las personas dado que el Estado es garante de este derecho y de su materialización progresiva de los bienes y servicios de salud. El derecho a la salud como derecho irrenunciable es un derecho de las personas y de la comunidad, más allá de la voluntad del Estado para reconocerlo.

En Colombia, tanto el derecho a la educación como el derecho a la salud han alcanzado el carácter de derechos fundamentales, constituyéndose en un avance muy significativo para una sociedad tan inequitativa como la nuestra. Este reconocimiento resulta esencial, si se considera que la exclusión social es uno de los rasgos distintivos del país, no solo en aspectos económicos (ingreso y riqueza) sino también en cuanto a las oportunidades. Un ejemplo de ello es la vigencia, con la aceptación y hasta la promoción por parte de las élites del país, de dos o tres sistemas en educación

y en salud, de acuerdo al nivel de ingreso¹⁰⁵. El hecho es que el Sistema de Salud vigente hasta ahora en Colombia se basa esencialmente en un modelo de aseguramiento implementado con la poca fundada confianza en poder garantizar mediante el mismo el acceso efectivo a los servicios correspondientes¹⁰⁶⁻¹⁰⁷⁻¹⁰⁸.

Al revisar el cumplimiento del derecho a la salud en Colombia se debe considerar la reacción de los diferentes grupos de interés ante el reconocimiento de aquel como derecho fundamental por la Corte Constitucional; dichos grupos intentaron mostrar la inviabilidad financiera de esa asunción y promovieron que se adoptaran medidas para frenar la tutela y para reorientar los recursos destinados a garantizar en ese sentido los derechos fundamentales¹⁰⁹.

En su momento, la Corte Constitucional tomó una decisión fundamental para erigir a la salud como un derecho fundamental, decisión en cuyos términos: 1) todo ciudadano colombiano tendrá que ser afiliado al Sistema de Salud, y 2) no podrá

¹⁰⁵ *Ibíd.*, p. 361.

¹⁰⁶ *Ibíd.*, p. 363.

¹⁰⁷ Para profundizar en el tema, GONZÁLEZ DE DURANA, Ana Arriba. El concepto de exclusión en política social, España, Unidad de Políticas Comparadas, 2002.

¹⁰⁸ Véase CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. Inclusión y exclusión Social en Colombia: Educación, Salud y Asistencia Social, Informe Social2008, Disponible en internet: http://www.contraloriagen.gov.co/c/document_library/get_file?p_l_id=25611&folderId=14549089&name=DLFE-20615.pdf, Consultado el 24 de octubre de 2010.

¹⁰⁹ La Patria. “Adiós al Estado Social de Derecho”, 30 de agosto de 2011. Como dice José Gregorio Hernández, “Ha sido aprobado y está a punto de entrar en vigencia el Acto Legislativo que condiciona la aplicación y efectividad de los derechos ‘garantizados’ y ‘asegurados’ en la Constitución a la denominada ‘sostenibilidad fiscal’, un concepto maleable y manipulable que se usará siempre como argumento para negar a los ciudadanos las prestaciones inherentes al Estado Social de Derecho, que hoy pueden reclamar ante los jueces cuando se las niegan la administración o los particulares. Desde ahora, puesto que el Acto Legislativo es de vigencia inmediata –entrará a regir el día en que sea promulgado en el Diario Oficial–, los colombianos hemos de acostumbrarnos a una Constitución que proclamará los derechos en la teoría pero que los hará nugatorios por anticipado, restringiendo al mínimo –o a la nada– las posibilidades de reclamo”.

haber diferencias en cuanto al plan y la cobertura de prestaciones de servicio por tipo de afiliación¹¹⁰.

El derecho a la salud es un derecho fundamental, es decir, de configuración *prima facie* que implica que como tal, puede ser restringido por una norma constitucional directamente establecida o por normas legales. El artículo 49 de la Constitución le da competencia al legislador para reglamentar este derecho en aspectos tales como: la participación de particulares en la administración y prestación de los servicios derivados de dichos derechos, las competencias nacionales y territoriales, los medios e instrumentos para su materialización.

El derecho a la salud en su condición de derecho fundamental, puede verse afectado por obstáculos o impedimentos dado el actuar de los titulares del derecho ya sea por parte del Estado o de particulares que por su delegación administren o presten bienes y servicios de salud. En cuanto a la prestación del derecho a la salud, el objeto puede ser una acción fáctica y por supuesto también una acción normativa. En el caso colombiano un ejemplo de lo anterior puede ser el impedir u obstaculizar la libre elección del usuario a un determinado prestador o asegurador de servicios (EPS); en éste último caso se podría hablar de eliminación de posiciones jurídicas del titular del derecho a la salud cuando se elimina el derecho subjetivo a elegir libremente, en el caso de que una norma derogue o prohíba el cambio de EPS. En el caso de la fase prestacional, acciones fácticas positivas de protección a la salud pueden ser los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En referencia a acciones normativas un ejemplo puede ser la inclusión de un medicamento en el POS.

¹¹⁰GARAY. Luces, sombras y paradojas de la construcción del estado social de derecho: hacia una representación de la observancia de los derechos y de las contradicciones del estado social de derecho en Colombia .En: Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Op. Cit., p. 364.

Siguiendo a Alexy, la estructura del derecho fundamental está conformada por acciones negativas y positivas. Las negativas se pueden dividir en tres así: 1. Los derechos a que el estado no impida u obstaculice determinadas acciones del titular del derecho, 2. Los derechos a que el estado no afecte determinadas propiedades o situaciones del titular del derecho y 3. Los derechos a que el estado no elimine determinadas posiciones jurídicas del titular del derecho. Las acciones positivas se pueden dividir en acciones fácticas y acciones normativas.¹¹¹ Siguiendo a Gañan “el derecho a la salud es una norma iusfundamental que como tal puede ser amparado, en nuestro caso colombiano, por la acción de tutela cuando efectivamente se demuestre su amenaza o vulneración en los términos del artículo 86 de la constitución y de sus decretos reglamentarios.”¹¹²

En este contexto la naturaleza jurídica del derecho a la salud ha sido ampliamente discutida para efectos de su justiciabilidad vía acción de tutela¹¹³, discusión que *prima facie* resolvió la sentencia T-760 del 2008 al reconocer al derecho a la Salud como un derecho fundamental autónomo¹¹⁴. Sin embargo en algunas jurisprudencias posteriores de la corte constitucional no se observa claramente una correspondencia con el reconocimiento realizado por tal sentencia. Es importante decantar cuáles son las decisiones que ha tomado la corte constitucional con respecto a la justiciabilidad de este derecho vía la acción de tutela.

Bajo la concepción de que la salud es un derecho fundamental, ésta es conocida tanto por la jurisdicción ordinaria laboral en lo correspondiente a las controversias que se presentan en el sistema de seguridad social integral; como por la

¹¹¹ ALEXY, Robert. Teoría de los derechos fundamentales. Centro de estudios políticos y constitucionales. 2da edición en castellano. Traducción y estudio introductorio de Carlos Bernal Pulido, Madrid 2007, p. 163 y ss.

¹¹² GAÑAN, Op. Cit., p14-15

¹¹³ Se debe anotar que para el caso de los menores de edad, el derecho a la Salud fue catalogado por el artículo 44 de la CP como un derecho fundamental.

¹¹⁴ M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

jurisdicción contencioso administrativa en la cual se conoce sobre las controversias y conflictos jurídicos resultado de la garantía del derecho a la salud entre las personas no incluidas en el Sistema de Seguridad Social, como también por vía de la acción de tutela, en forma subsidiaria cuando el derecho se encuentre amenazado o vulnerado. Toda la población Colombiana tiene derecho a exigir que el estado cumpla con la garantía del derecho a la salud sin importar sus condiciones vinculantes (afiliados o beneficiarios).

Si se revisa la acción de tutela, su justiciabilidad ha estado centrada en considerar el derecho a la salud como un derecho fundamental o como un derecho estrictamente social.

Siguiendo a Gañan y con respecto a la iusfundamentalidad o no del derecho a la salud, es posible señalar algunas posiciones por parte de la corte constitucional que han labrado el camino para concebir la salud como un derecho fundamental (ver tabla 1).

A continuación se hace una referencia a ellas:

1. Derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo. En la sentencia C-811 de 2007 se determinó que el derecho a la salud es un derecho que tiene categoría autónoma como fundamental y que debe ser garantizado a todos los seres humanos igualmente dignos. Otras sentencias que van en ésta dirección son las T-307 de 2006, C 463 de 2008 y la T-760 del 2008. Esta última reconoce sin ningún tipo de ficción jurídica que el derecho a la salud es un derecho fundamental.
2. Doble connotación del derecho a la salud: fundamental y asistencial. En este sentido las sentencias que apoyan esta concepción son entre otras: T-484 de 1992, T-016 de 2007, C-811 de 2007, C-1041 de 2007, C-463 de 2008.

3. El derecho a la salud como un derecho fundamental por conexidad. La teoría de la conexidad o extensión ha sido predominante aunque no unánime en las sentencias de la corte constitucional. Muy tempranamente la sentencia T-406 del 92 estructura la teoría de la conexidad en términos generales; entendiendo por estos derechos “aquellos que no siendo denominados como tales en el texto constitucional le es comunicada esta calificación en virtud de la íntima e inescindible relación con otros derechos fundamentales (sentencia T-491 de 1992). En particular se relaciona el derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida. Otra conexión que se ha realizado es entre el derecho a la salud y la dignidad humana como se puede leer en la sentencia T-499 de 1992¹¹⁵.

4. Derecho a la salud como un derecho prestacional. En la sentencia SU-111 de 1997 se expresó que el derecho a la salud remite esencialmente a un contenido prestacional, aunque no es ajeno a la conservación de la vida orgánica, por lo que no se convierte en un derecho fundamental de aplicación inmediata. La Sala Plena de la Corte Constitucional “sostuvo que los derechos económicos, sociales y culturales, pese a su vinculación con la dignidad humana, la vida, la igualdad y la libertad, no son de aplicación inmediata, pues necesariamente requieren de la activa intervención del legislador con miras a la definición de las políticas públicas y de su adecuada instrumentación organizativa y presupuestal.”¹¹⁶ Posteriormente, esta sentencia fue matizada en torno a los contenidos del POS y frente a ciertas poblaciones.

5. Derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo en el caso de algunas poblaciones específicas. No ha motivado grandes discusiones el derecho a la salud en poblaciones en estado de vulnerabilidad y de indefensión como en el caso de la seguridad social para personas de la tercera edad o de las personas discapacitadas.

¹¹⁵ *Ibíd.*, p. 17 (El autor en referencia a la sentencia T-499 de 1992, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz)

¹¹⁶ GAÑAN, Op. Cit., p 17.

Algunas sentencias sobre lo anterior son: T-535 de 1999, T-025 de 2004, T-527 de 2006, T-638 de 2007, T-1038 de 2001, T 063 de 2007, entre otras.

6. Derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo en el caso de los contenidos del POS. La sentencia T-859 de 2003 determinó que el derecho a la salud, en su componente prestacional del POS, tiene naturaleza de derecho fundamental de manera autónoma y por tanto, el derecho a recibir la atención de salud definido en el plan básico de salud, el POS-C y el POS-S de acuerdo con la Ley 100 y sus normas complementarias. Con anterioridad la sentencia SU-819 de 1999 abrió la posibilidad de permitirle al sujeto exigir del Estado la obligación de ejecutar una prestación determinada, consolidándose entonces en una realidad concreta a favor de un sujeto específico. Otras sentencias que apoyan lo anterior son T-860 de 2003, T-200 de 2007, T -261 de 2007 y T-767 de 2008.

7. En el año 2013 el gobierno y la Junta Médica presentaron al congreso el proyecto de Ley No 209, el cual se convierte en la Ley 1751, Ley Estatutaria de Salud en el año 2015. En ella se regula el derecho fundamental a la salud entre otras disposiciones relacionadas con su promoción y garantía. La Ley Estatutaria integra el denominado “Bloque de Constitucionalidad” en tanto constituye un marco que conjuga los mecanismos establecidos por la Corte Constitucional en los sucesivos fallos de tutela que buscan garantizar la salud como derecho, en especial la Sentencia T-760 de 2008.

Tabla 1. Sentencias de la Corte Constitucional relacionadas con el derecho a la salud 1992- 2008.

TIPO	SITUACIONES	SENTENCIAS
Salud como Derecho fundamental autónomo	La salud como derecho fundamental autónomo	T-307 de 2006,T-016de 2007,C-811 de 2007, T-536 de 1992,T-505 de 1992,T-613 de 1992 T-180 de 1993,T-770 de 2008,T-816 de 2008,T-573/2005,T-1041/2006,T-016/2007,T-760/2008
Doble connotación del derecho a la salud: fundamental y asistencial	Se debatían diferentes criterios del derecho a la salud	T-484 de 1992,T-881 de 2002,T-227 de 2003, T-016 de 2007, C -811 de 2007,C-463 de 2008 T-760 de 2008, C -1041 de 2007,
Salud como Derecho fundamental por conexidad	Cuando su afectación involucra derechos fundamentales como: -Vida -Integridad personal -Dignidad humana	T-487 de 1992,T-491 de 1992, T-133/2007; T-964/2006; T-888/2006; T-913/2005; T-805/2005; T-372/2005,T-409/1995; T-556/1995; T-281/1996, T-312/1996; T-165/1997; SU-039/1998 T-208/1998; T-260/1998; T-304/1998 T-395/1998; T-451/1998; T-453/1998 T-489/1998; T-547/1998; T-645/1998 T-732/1998; T-756/1998; T-757/1998 T-762/1998; T-027/1999; T-046/1999 T-076/1999; T-472/1999; T-484/1999 T-528/1999; T-572/1999; T-654/1999 T-655/1999; T-699/1999; T-701/1999 T-705/1999; T-755/1999; T-822/1999 T-851/1999; T-926/1999; T-975/1999 T-1003/1999; T-128/2000; T-204/2000 T-409/2000; T-545/2000; T-548/2000 T-1298/2000; T-1325/2000; T-1579/2000; T-1602/2000; T-1700/2000;T-284/2001 T-521/2001; T-978/2001; T-1071/2001
Derecho a la Salud como un derecho prestacional	Derecho a la salud remite a contenido prestacional aunque no es ajeno a la conservación de la vida orgánica	SU-111 de 1997
Salud como Derecho fundamental autónomo en poblaciones específicas	En los casos de: -Niños -Personas de la tercera edad -Personas con discapacidad física o mental	T-535 de 1999,T-261 de 2007, T-527 de 2006, T -638 de 2007, T 1097 de 2007, T -015 de 2008, T -073 de 2008, T -866 de 2008,T-085/2006; T-850/2002;T-1081/2001; T-822/1999; SU-562/1999; T-209/1999; T-248/1998
Salud como un derecho fundamental autónomo en el caso de los contenidos del POS	Inclusión de coberturas en el POS	SU-819 de 1999, T-108 de 1993, T-207 de 1995, T-042 de 1996, T -890 de 2003, T-200 de 2007, T-261 de 2007, T -767 de 2008, T-016 de 2007.

Fuente: Elaboración propia con base en ARROYAVE ZULUAGA, Iván Darío. La Organización de la Salud en Colombia, p. 81-82.¹¹⁷

¹¹⁷ ARROYAVE-ZULUAGA, Iván Darío. La organización de la salud en Colombia. Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paúl; 2009. p. 81-82. Disponible en internet: www.periodicoelpulso.com. Consultado en marzo de 2011.

Si bien el profesor afirma que "no existe aún una línea jurisprudencial unánime acerca de la naturaleza ius fundamental del derecho a la salud en los diferentes espacios de la corte constitucional"¹¹⁸, se observa que va en vía un consenso acerca de considerar en sí, el derecho a la salud como un derecho fundamental en sí y en conexidad con otros derechos fundamentales, situación que había sido expresada en las primeras sentencias sobre el derecho a la salud de 1992, y que se retoma con las sentencias C-811 de 2007, la C-463 de 2008 y la T-760 de 2008. Lo anterior reitera que Colombia no debe apartarse de la forma Estado Social de Derecho que consagra la constitución y que busca elevar el principio de dignidad humana.

B. LA ECONOMÍA POLITICA EN EL SECTOR SALUD

El modelo económico, social y político que se adopta en un determinado país influye en el desarrollo de los Sistemas y Modelos de Salud. En consecuencia, el sistema económico refleja también unos lineamientos que tiene en cuenta el Estado en el momento en que se toma la decisión política de adoptar un determinado sistema de salud. Los sistemas de salud no están exentos de la racionalidad económica del mercado y en algunos países de América Latina se han tenido que transformar acorde con los lineamientos expresados en las llamadas reformas pro mercado desde los años ochenta.

Por economía política se puede entender el conjunto de conocimientos de varias disciplinas que pueden ser utilizados para el análisis del contexto político e institucional que influye en el desarrollo de los mercados.¹¹⁹ Bajo esta aproximación y para el caso de la salud en Colombia, es posible reconocer la existencia de factores

¹¹⁸GAÑAN, Op. Cit., p 18 y 19.

¹¹⁹RUIZ GOMEZ, Fernando y UPRIMMY YEPES Miguel, Sistema de Salud y aseguramiento social. entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio. Bogotá D.C., ECOE Ediciones. Universidad Javeriana. Asocajas. 1a edición; 2012: 2012, p. 59.

externos que pueden afectar positiva o negativamente el desenvolvimiento de los sistemas de salud.

Estos cambios van en consonancia con las corrientes de pensamiento económico, dentro de las cuales se destacan tres visiones: la postkeynesiana, la ortodoxa y la heterodoxa. En la primera se plantea una intervención fuerte del Estado en la economía y la sociedad con el fin de lograr el desarrollo económico, se destacan Stiglitz, Sen y Krugman. Para los economistas ortodoxos es importante desarrollar la argumentación neoclásica basada en el individualismo metodológico en la que prima la racionalidad económica del mercado, que conduce a los individuos a realizar la mejor elección en época de escasez. De la ortodoxia se derivan el neoliberalismo, el neo institucionalismo, la teoría de los contratos, la teoría de la transacción y la teoría de la agencia, entre otras. Estas corrientes han sido puestas en práctica por los Organismos Económicos Internacionales como el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI), la OCDE y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) a partir de los años ochenta del siglo pasado; y han sido acogidas por la mayoría de los Estados.

En contravía, han surgido otras corrientes de pensamiento económico, las cuales pueden ser denominadas heterodoxas, que traen consigo tres aproximaciones:¹²⁰ la teoría de las convenciones, los desarrollos de la sociología económica y la escuela de la regulación; las cuales promueven una visión holística en donde el abordaje económico debe realizarse desde lo social, político e histórico. Para la escuela de la regulación, existen tres niveles de análisis: el primero retoma el concepto de modo de producción, en particular en el modo capitalista, en el cual la primacía del valor de cambio sobre el valor de uso hace de la acumulación un

¹²⁰ . RODRIGUEZ.SALAZAR, Oscar, Los avatares del servicio de salud para pobres. Tomo II. Colección: La seguridad social en la encrucijada. Universidad Nacional y Ministerio de Salud. UNIBIBLOS 2002., p 58-66.

imperativo de este sistema; en el segundo, la noción de régimen de acumulación permite identificar regularidades sociales y económicas que guardan particularidad en el espacio y el tiempo, de tal forma, que cada régimen de acumulación tiene una historicidad propia; y en el tercero, las formas institucionales o estructurales, definen el origen de las regularidades sociales y económicas observadas. Estas formas socializan los comportamientos disímiles de los agentes económicos y dan lugar a realizar el tránsito de un orden microeconómico a un orden macroeconómico.

De la corriente ortodoxa se derivaron los lineamientos para las reformas en cuanto a protección social. Se pueden identificar tres etapas: la primera corresponde al ajuste de las economías después de la crisis de la deuda externa de comienzos de la década de los 80, cuando la política social tenía un carácter “meramente residual” y se dirigía a mitigar los impactos de la crisis a través de redes de protección social. En esta etapa surge el Consenso de Washington, el cual se centra en la reducción del tamaño del Estado y en un aumento de la competencia del mercado; la segunda etapa, en los años 90, corresponde a las reformas estructurales planteadas en el Consenso II, en el cual se establece una política social basada en el principio de lucha contra la pobreza la cual se enfrentaría con crecimiento económico y el desarrollo del capital humano de los pobres.

Una tercera etapas e configura en la primera década del 2000, la cual se construyó sobre la base de “Manejo Social del Riesgo”¹²¹, el cual busca incorporar a los ”No Pobres” entre sus políticas. Se sugiere que ésta población podría acudir a mecanismos de mercado que ayudan a repartir los riesgos, en especial acudir al mercado privado de seguros.

¹²¹BANCO MUNDIAL, Manejo Social del Riesgo 2003.Holzmann y Jorgensen. Washington DC, Banco Mundial, 2000-2003.p .23.

El BM sugiere que la política que se debe seguir durante los ajustes estructurales, con miras a superar la pobreza, debe tener dos características: 1. Ser complementaria y subordinada a los programas de ajuste estructural y, 2. Estas políticas deben implantarse a través del gasto público social. En este escenario, el Estado debe reasignar el gasto social para aumentar su eficiencia social y técnica. Para ello, se optará por la estrategia de focalización.

EL BM señala que las reformas a los sistemas de salud permiten liberar recursos para atender las necesidades de las personas vulnerables además de mejorar la eficiencia del sistema, reducir costos y lograr la racionalización del gasto público. La Pobreza, trae de por sí, efectos graves en la salud, dado que los pobres mueren más jóvenes, presentan mayores grados de discapacidad y están expuestos a mayores riesgos por las condiciones sanitarias que los rodean y que también son consecuencia de su situación socio económica. De ahí que “el gasto en salud es una inversión productiva: puede elevar los ingresos, en particular entre los pobres, y aliviar el sufrimiento humano que entraña una salud precaria. La buena salud, es, así mismo, una meta fundamental del desarrollo, y a la vez un medio para acelerarlo.”¹²²

A continuación se presentan algunas reflexiones teóricas en torno a Economía, Estado y Mercado, la Economía de la Salud, las consideraciones de las reformas promovidas por los OEI, para seguir con una revisión en torno a los lineamientos que realiza el Banco Mundial en cuanto a las reformas en salud y finalmente se aborda el tema de la política social y salud. Lo anterior tiene una incidencia directa en el diseño e implementación del modelo de Pluralismo Estructurado para salud, el cual se materializó en Colombia en la Ley 100 de 1993.

¹²²BANCO MUNDIAL, Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en Salud; Washington, julio de 1993, p. 22.

1. Reflexiones teóricas en torno a la Economía, el Estado y el Mercado

La profundización de la democracia en el siglo XX significó en Occidente el establecimiento de los mecanismos institucionales de intervención en la economía, y de los dispositivos para garantizar las políticas sociales. De allí que el estudio de las mismas resulte complejo, y en la presente investigación, parte de la indagación y la reflexión se relacione con la forma en que se han estructurado las relaciones entre el Estado y la economía de mercado. Diversos autores, tanto filósofos como economistas, sociólogos y juristas de distintas tendencias, han orientado el debate, señalando que el Estado debe ser interventor, y a su vez ha de ser intervenido¹²³

Keynes y sus seguidores

John Maynard Keynes, premio nobel de economía, sostuvo en contra de la tesis de los clásicos, que el equilibrio económico no necesariamente estaba dado por el pleno empleo, criticando las bases del mercado de trabajo y el mecanismo de ajuste automático del desempleo mediante el descenso de los salarios reales¹²⁴. Planteó que se deberían evitar o sobrellevar las crisis en el capitalismo y consideró que era necesaria la intervención del Estado en la economía. Varios fueron los seguidores de éstos postulados, entre ellos, los economistas del Banco Mundial que lideraron las políticas de desarrollo para los países en vía de desarrollo hasta finales de los años ochenta, luego el BM y otros organismos multilaterales reorientarían su política hacia el enfoque neoclásico. El postkeynesianismo cuenta con académicos tan importantes como Samuelson, Galbraith, Stiglitz y Krugman.

¹²³ VELA ORBEGOZO. “Adendo”, Op. Cit., p. 288.

¹²⁴ KEYNES, John Maynard. La teoría general de la ocupación, el interés y el dinero, Oxford University Press, 1960, En: VELA ORBEGOZO. “Adendo”, Op. Cit., p. 291-292. “Keynes criticó la base de las teorías clásicas sobre el mercado de trabajo y el mecanismo de ajuste automático del desempleo mediante el descenso de los salarios reales”: *Ibid.*

De acuerdo con Vela Orbegozo, existe

“... una observación original de la ciencia económica que consiste en que el mercado, que es el mejor espacio público social para generar riqueza porque funciona de acuerdo con la racionalidad de la producción y la acumulación capitalista, no puede producir bienes sociales. ‘No des al mercado lo que no es del mercado’, dijo Samuelson (...) el mercado es muy eficiente en la asignación y en la distribución de ciertos bienes pero (...) debe haber un orden que se encargue de frenar los naturales impulsos egoístas del hombre. Este problema condujo a Samuelson a plantear una pregunta: ¿cómo conciliar la tendencia creciente de la economía de mercado con la necesidad de un orden que garantice los bienes de solidaridad que el mercado no puede producir?”¹²⁵.

Por su parte, Heller, al desarrollar su pensamiento sobre la importancia de que el Estado intervenga en la economía, se manifiesta en el siguiente sentido:

“... la Ley fundamental de la economía capitalista –que se resume en que la satisfacción social de las necesidades se hace a través del mercado, esto es, de acuerdo con el criterio de la rentabilidad y la eficiencia– no era necesariamente cierta. Las vicisitudes propias del mercado, agrega [Heller, según Vela Orbegozo], han hecho que en las sociedades modernas se haga necesaria una regulación extraeconómica y sistemática de la economía, esto es, unas reglas del Estado que establezcan límites al mercado para alcanzar niveles adecuados de bienestar social”¹²⁶.

La crisis de los años treinta en Estados Unidos llevó a que el Estado interviniera fuertemente en la economía: “Específicamente en las reformas que permitieron superar la gran depresión. Detrás de este proceso –denominado New Deal– está John

¹²⁵ VELA ORBEGOZO. “Adendo”, Op. Cit., p. 288-289, con referencia a SAMUELSON, Paul. Economía desde el corazón, Barcelona, Folio, 1987, p. 20 y ss.

¹²⁶Ibíd., p. 290: “La teoría del Estado Social de Derecho de Heller se basa en dos consideraciones: en primer lugar, en las relaciones que existen entre los aspectos sociales, económicos, jurídicos y políticos dentro de un Estado determinado. En segundo lugar, en una perspectiva que también fue kelseniana: la oposición a la idea de los economistas clásicos sobre dejar hacer dejar pasar, lo que le ha dado una dimensión más amplia y más profunda al Estado”.

Maynard Keynes (...) un crítico de la economía capitalista como Marx¹²⁷. Sus propuestas significaron una sustancial transformación de las relaciones entre el Estado y la economía en los Estados Unidos, se explican con claridad por John K. Galbraith¹²⁸, [para quien] el impresionante crecimiento del capitalismo industrial en los Estados Unidos¹²⁹ se había fundado en los mismos elementos teóricos y en las mismas observaciones empíricas de la escuela clásica¹³⁰ y debió experimentar cuatro ciclos críticos que solo podían ser afrontados de manera adecuada con instrumentos estatales de intervención en la economía¹³¹.

El primer ciclo crítico consistía en que la propiedad sobre las industrias norteamericanas se concentró en muy pocas manos hasta conformar monopolios que distorsionaron los mercados¹³² (...). El segundo ciclo crítico son los efectos de la participación de los Estados Unidos en la primera y en la segunda guerra mundial, en el cual se desarrolló la gran industria bélica (...). El tercer ciclo crítico consistió en que se abandonó el patrón-oro¹³³. El cuarto ciclo crítico fue la gran depresión (...)

¹²⁷ DASGUPTA, A. K. Las etapas del capitalismo y la teoría económica, México, Fondo de Cultura Económica, 1983, p. 78 y ss., En: VELA ORBEGOZO. “Adendo”, Op. Cit., p. 291-292. “Como dice Dasgupta, Marx y Keynes son críticos de la economía capitalista. No obstante, agrega, el primero realizó sus estudios sobre ‘un capitalismo que avanzaba (la Revolución Industrial)’ mientras el segundo los hizo sobre ‘un capitalismo avanzado (y la crisis que significó la denominada Gran Depresión)’. Esto explica, más que sus antagonismos, las diferencias en los fenómenos que observan y las diferencias en las reflexiones que deducen”.

¹²⁸ *Ibíd.*, p. 291.

¹²⁹ *Ibíd.* (con base en TURROW, Lester. La guerra..., p. 25 y ss., y CUEVAS, Homero. Introducción a la economía, 5ª. ed., Bogotá, Universidad Externado de Colombia, p. 610 y ss.): “Los Estados Unidos de América en 1901 ya poseían la empresa más poderosa del mundo, y tras la primera guerra mundial ya se habían convertido en una potencia financiera. En 1870 la empresa manufacturera inglesa representaba el 32% del mundo y la de los Estados Unidos ya había llegado al 28%. En 1914 las manufacturas inglesas solo alcanzaban el 14% y las norteamericanas el 36%”.

¹³⁰ *Ibíd.*, p. 291 (con base en GALBRAITH, John Keneth. El capitalismo americano: el concepto del poder compensador, Barcelona, Ariel, 1972, p. 75): “Galbraith sostiene que el desarrollo del capitalismo industrial de los Estados Unidos de Norteamérica observado en los primeros años del Siglo XX se había forjado, al igual que en la Inglaterra de los siglos XVIII y XIX, con base en la idea del Estado mínimo”.

¹³¹ *Ibíd.*

¹³² *Ibíd.*, p. 292.

¹³³ *Ibíd.* (con base en KRUGMAN, Paul y OBSTFELD, Maurice, Economía, p. 645): “La hiperinflación europea, que tiene su escenario más desbordado en Alemania y cuyos efectos se

que desbordó las fronteras de los Estados Unidos y contagió al resto de países capitalistas¹³⁴ (...). Estos argumentos explican la necesidad de la intervención del Estado en la economía y la sustancial transformación de las relaciones entre el Estado y la economía en EUA. Como lo ha sostenido Joseph E. Stiglitz, la intervención del Estado en la economía se hace necesaria por tres razones: en primer lugar, porque es necesario definir las reglas del mercado, esto es, proteger los derechos de propiedad y velar por el cumplimiento de los contratos; en segundo lugar, porque el mercado tiene fallas que el Estado debe corregir; y en tercer lugar, porque la economía de mercado no puede generar redistribución social de las rentas”¹³⁵.

extendieron hasta 1923, se produjo porque los gobiernos abandonaron la regla del Patrón-Oro para financiar los enormes gastos militares. De esta manera, el índice de precios alemán creció desde un nivel de 262 en 1919 hasta un nivel de 126.160.000.000.000 en 1923”.

¹³⁴Ibíd., p. 290-293.

¹³⁵ STIGLITZ, Joseph. La economía del sector público, Barcelona, Bosch, 2002, p. 91 y ss., En: VELA ORBEGOZO. “Adendo”, Op. Cit., p. 294-295. “Stiglitz sostiene que existen razones por las cuales el Estado debe intervenir en la economía: en primer lugar (...) porque el mercado es un acuerdo social fundado en la libre iniciativa individual y la libertad de empresa y, en este sentido, para que funcione el mercado tiene que haber un Estado que defina sus reglas, esto es, que proteja los derechos de propiedad y que vele por el cumplimiento de los contratos (...). En segundo lugar (...) porque el mercado tiene fallas. En este sentido, Stiglitz funda la economía de bienestar en el teorema de Pareto, esto es, en la consideración según la cual el mercado solo es eficiente en determinadas circunstancias o condiciones que se definen a continuación: la primera se presenta porque no hay un sistema de competencia perfecta, porque no todos los empresarios están en igualdad de condiciones, o porque no hay suficientes empresarios. La segunda se presenta porque muchos de los que se consideran bienes públicos no son suministrados por el mercado o, cuando lo son, la cantidad suministrada no es suficiente. La tercera se presenta porque muchos de los actos de las personas o de las empresas afectan a otras personas, empresas o, en general, al entorno. En efecto, existen externalidades, esto es, ventajas o inconveniencias que surgen cuando una decisión de producir o de consumir produce, a su vez, un impacto positivo o negativo que no se ve compensado o reparado. La cuarta se presenta porque existen mercados incompletos. En efecto, se supone que cuando los consumidores están dispuestos a pagar por un bien un precio mayor al del su producción, los mercados suministran ese bien. No obstante, hay ciertos bienes –como los seguros y los capitales– que no son suministrados por los mercados ni aun en los casos en los que se presenta esa circunstancia. Una de las explicaciones a esta falla del mercado parece estar en los costos de transacción. La quinta se presenta porque los mercados no siempre producen información oportuna, adecuada y completa que garantice una competencia equitativa y transparente. La sexta, y la más importante, se presenta porque en las sociedades basadas en el mercado se producen desequilibrios, inflación y desempleo, como lo demostró la Gran Depresión (...). En tercer lugar, porque la economía de mercado no puede generar redistribución social de las rentas. En efecto, el hecho de que el mercado sea eficiente en los términos de Pareto no garantiza que propicie la justicia social. En otras palabras, el problema de la economía de mercado no es solo su incapacidad para producir algunos bienes sociales sino, en términos generales, su tendencia a establecer un modelo social no deseable”.

El pensamiento ortodoxo y el nuevo papel para el Estado

El liberalismo económico en su comienzo se centró en la economía política y el rol que desempeñaba la empresa (David Ricardo, Principios de Economía Política y tributación, Jhon Stuart Mill, Principios de Economía Política). Sin embargo, durante un siglo, los economistas neoclásicos (en parte como reacción a Marx) construyeron una teoría matemática de los comportamientos individuales y de la coordinación armoniosa en los mercados concurrenciales.¹³⁶

Para la teoría neoclásica en economía, un bien privado es aquel que se consume individualmente, se agota en el consumo y satisface una necesidad individual; así se percibe y por tanto el individuo está dispuesto a pagar por él. Los bienes públicos serían solo aquellos que no se agotan en el consumo individual y, por ello, tienen externalidades positivas o negativas perceptibles. Los Neoclásicos postulan que los bienes privados responden a las reglas de equilibrio del mercado y su distribución es más eficiente sin la intervención del Estado. El máximo de eficiencia del mercado se debe a la libre elección del consumidor ya la existencia de la competencia.

Según Oscar Rodríguez:

“La corriente principal en teoría económica o escuela neoclásica, descansa sobre dos hipótesis; la primera hace referencia al agente económico y la segunda a la interacción social: [h1] el agente económico es un individuo racional que persigue su interés individual, lo que técnicamente toma la forma de maximizador, ya sea de utilidad o de

¹³⁶GENEREAUX, Jaques, L Économie Politique. Analyse Économique des choix publics et de la vie politique, París, Editorial Larousse, 1996, p10. En: RODRIGUEZ.SALAZAR, Oscar, Los avatares del servicio de salud para pobres. Tomo II. Colección: La seguridad social en la encrucijada. Universidad Nacional y Ministerio de Salud. UNIBIBLOS 2002., p 34.

ganancia, y [h2] la interacción social que posibilita que estas decisiones sean mutuamente compatibles es el mercado”.¹³⁷

Al entrar en crisis el modelo de Estado Interventor propuesto por un lado desde el derecho y por otro lado desde la economía, resurge el pensamiento neoclásico, en una de sus líneas el neoliberalismo, que consiste en una:

“Respuesta teórica y política elaborada por Friedrich August von Hayek en contra de las ideas intervencionistas, porque estas significan un límite a la libertad económica y política. El supuesto básico del neoliberalismo, que parece fundarse en algunas ideas de Smith, es la libertad de la persona para actuar sin interferencias ajenas. Esta proposición, expresada en términos económicos, significa que el Estado no debe intervenir en el mercado”¹³⁸.

La escuela neoliberal:

“Pese a que no tiene una teoría del Estado, es un crítico del Estado social de derecho. Bajo sus premisas, sostiene Múnera, lo público político adquiere un carácter residual. La expresión más extrema de esta ideología está en el anarco-capitalismo, u ortodoxia libertaria, fundada en las tesis de David y Milton Friedman –discípulo de Hayek– que sostiene que ‘la libertad individual y el goce de la propiedad privada solo pueden ser garantizados plenamente, mediante la extinción del Estado y su sustitución por un conjunto de asociaciones e instituciones, formadas a partir de transacciones voluntarias, de acuerdo con una lógica del mercado’”¹³⁹.

“Las ideas neoliberales fueron paulatinamente impulsadas por las organizaciones de Bretton Woods durante la segunda mitad del siglo XX. El Banco Mundial, en consecuencia, promovía las transformaciones que los países en vías de desarrollo debían efectuar para insertarse en la economía mundial arguyendo, como lo ha hecho desde 1997, que la única

¹³⁷ORLEAN, André, *Analise économique des conventions*, París, Editorial PUE, 1994, p 10. *Ibíd.*, p35.

¹³⁸*Ibíd.*, p. 314.

¹³⁹ MÚNERA, Leopoldo. Estado, política y democracia en el neoliberalismo. en RESTREPO BOTERO, Darío (ed.). *La falacia neoliberal. Crítica y alternativas*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2003, p. 45 y ss, En: *Ibíd.*, p. 315.

manera de enfrentar la pobreza es la adopción de reformas institucionales basadas en los principios de la economía de mercado¹⁴⁰. (...) el Banco Mundial parte de una idea específica de desarrollo en la que las instituciones públicas deben actuar en función del crecimiento económico y, en este sentido, deben ponerse al servicio del mercado”¹⁴¹.

Igualmente Friedman plantea que la intervención estatal en la órbita del mercado es una tiranía de los controles ya que se distorsiona el sistema de precios. Podemos resaltar como medidas de control, los aranceles, los cuales afectan el comercio internacional. Con lo anterior, se reivindica el libre cambio pues se espera que este brinde bienestar a la población y que además genere paz y armonía entre las naciones. Para Friedman el papel que debe desempeñar el Estado, es el de monopolizar legítimamente el uso de la fuerza, hacer cumplir los contratos privados y fomentar la competencia entre los mercados. Cualquier tipo de intervención por parte del Estado conduce a la ineficiencia y eleva los costos de transacción.

Existe una adecuada interrelación entre el pensamiento neoliberal y una vertiente de los costos de transacción, en el sentido de que consideran que existe una interferencia entre el Estado y el mercado, es decir el Estado no puede estar por encima del mercado. Para Von Mises se creó un conjunto de instituciones derivadas del pensamiento keynesiano que contribuyeron a viciar el capitalismo al implementar medidas como barreras aduaneras, fomento a la expansión del crédito barato, control de precios, fijación del salario mínimo y expropiaciones; de tal manera que se ha transformado la tributación en confiscación. Este autor, adicionalmente señala en relación con la propuesta de Keynes, que si el Estado regula el mercado, es factible que se produzca un aislamiento de las naciones y se promueven las guerras.

¹⁴⁰ BANCO MUNDIAL. El Estado en un mundo en transformación. Informe sobre el desarrollo mundial, 2007, Washington DC, Banco Mundial, 1997, p. 47 y ss. 70 y ss., En: *Ibíd.*, p. 316

¹⁴¹ BANCO MUNDIAL. Instituciones para los mercados. Informe anual sobre el desarrollo mundial, 2002, Washington DC, Banco Mundial, 2002, En: *Ibíd.*, p. 316.

La Escuela neoclásica se ha adaptado muy bien sin llegar a cambiar su paradigma y ha venido incorporando algunas de las observaciones y comentarios que se le han realizado desde otros enfoques teóricos, como por ejemplo el papel que cumplen las organizaciones y las instituciones económicas.

El neoinstitucionalismo y la teoría de los costos de transacción le dan un nuevo empuje al componente ideológico de los economistas neoliberales y dan una perspectiva interdisciplinaria de las ciencias sociales; sus principales exponentes son Oliver Williamson en el campo de la teoría económica y Douglas North en la historia económica.

Hacia los años ochenta, una de las corrientes de la nueva generación de economistas recomendaba el libre funcionamiento del mercado y planteaba que el Estado no debería interferir sobre los precios. Sostenían que la opción por un acuerdo contractual –público o privado– dependería de los costos de transacción que de él se deriven; en sus principios rige la disminución de costos como medida para que puedan operar las transacciones y la administración.

North introduce el problema de las instituciones y del cambio institucional como elemento central del cambio económico, este autor define las instituciones como “reglas de juego en una sociedad o más formalmente, son las limitaciones ideadas por el hombre que dan forma a la interacción humana...El cambio institucional conforma el modo en que las sociedades evolucionan a lo largo del tiempo, por lo cual es la clave para entender el cambio histórico”¹⁴²

Para los neoinstitucionalistas la percepción de la institución de instituciones, o sea el Estado, retoma los principios del liberalismo político, en particular la

¹⁴² NORTH, Douglas, Instituciones, cambio institucional y desempeño económico. México, FCE, 1995 p 3 En: RODRIGUEZ SALAZAR, Oscar, Op. Cit., p 34.

definición que da Hobbes de la organización política. North aporta la siguiente definición del Estado:

“una organización con ventaja comparativa en la violencia, que se extiende sobre un área geográfica cuyos límites vienen determinados por el poder de recaudar impuestos de sus habitantes. La esencia de los derechos de propiedad es el derecho de exclusión, y una organización que tiene ventaja comparativa en la violencia está en situación de especificar y hacer respetar esos derechos de propiedad”¹⁴³

Otra corriente ortodoxa, en la década de los 70, plantea la llamada economía de los contratos, la cual se nutre de las teorías de los derechos de propiedad, de la agencia y de los costos de transacción. Nozick, postula la correspondencia moral entre la garantía de los derechos humanos y la existencia de un Estado mínimo en lo que denomina “la teoría de las titularidades”, la cual busca demostrar que la relación entre el derecho a la propiedad y el derecho a la libertad es estructural e indivisible. La propiedad o “titularidad” sería lo único exigible en razón de la justicia. Estas titularidades serían adquiridas por apropiación, porque no pertenecían previamente a alguien, o por compra, por herencia o por la rectificación de una injusticia.

”De esta forma si un Estado va más allá del castigo de los delitos y de asegurar el cumplimiento de los contratos entre individuos libres, sería violatorio de los derechos humanos y negaría la razón de ser del Estado. Usar la coerción del Estado para obligar a unos a ayudar a otros o prohibir el uso de la propiedad como se desee, sería injustificable moralmente, porque viola el derecho a hacer con las titularidades lo que a bien se tenga (Nozick, 1974:149-231)”¹⁴⁴.

La teoría de los derechos de propiedad aporta a la teoría de los contratos, en tanto ellos se conciben como convenciones entre los hombres, y la eficiencia del sistema económico depende de la naturaleza de esa convención.

¹⁴³ NORTH, Douglas, Estructura y cambio en la historia económica. p 36, En: RODRIGUEZ SALAZAR, Oscar. *Ibíd.* p 43.

¹⁴⁴ *Ibíd.*, p 349.

En resumen, los neoliberales y el neoinstitucionalismo, comparten la teoría del individualismo metodológico, en el cual, los hechos sociales son interpretados a través de las interacciones entre los individuos, pero se diferencian en que los neoliberales postulan que el Estado se opone al mercado, mientras que para los neoinstitucionalistas el Estado es utilizado como categoría de análisis de la coherencia social, es decir, el Estado es explicado por la selección de los agentes que por razones de eficiencia prefieren contractualizar sus interacciones que recurrir al intercambio en el mercado.

De otra parte, frente al pensamiento neoclásico y las corrientes derivadas del mismo (ortodoxas), en las cuales prima la racionalidad económica del mercado y son acogidas por los Organismos Económicos Internacionales, han surgido otras corrientes de pensamiento que algunos autores denominan heterodoxas.

Las corrientes heterodoxas en la economía institucional

La corriente heterodoxa se basa en una visión holística de las ciencias sociales, la cual, tiene un principio de globalidad, es decir, de coherencia macro social.¹⁴⁵ Considera las instituciones como resultado de procesos colectivos de resolución de problemas inscritos en la historia; e incluso considera al mercado como una institución. Este enfoque plantea que las instituciones son construidas por las redes sociales, se modelan socialmente y son desarrolladas por el régimen de acumulación. En ella se presentan tensiones por los cambios tecnológicos y por el ingreso de instituciones nuevas las cuales generan conflicto con las preexistentes.

La heterodoxia maneja tres enfoques: la teoría de las convenciones, los desarrollos de la sociología económica y la escuela de la regulación. La teoría de las

¹⁴⁵RODRIGUEZ SALAZAR, Oscar, *Ibíd.*, p 52.

convenciones se puede considerar como la que utiliza instrumentos que permiten aumentar la eficiencia del sistema económico cuando la información es limitada y el grado de incertidumbre es alto. Para este enfoque, la institución se constituye en el marco moral y cognitivo de referencia que fundamenta la interpretación y la acción; lo cual contribuye a solucionar los problemas de coordinación que se presentan. “Las convenciones son sistemas de reglas que prescriben los comportamientos en función de ciertas circunstancias. Por lo que concierne a la esfera económica, estas reglas permiten que los agentes intercambien y produzcan” (Brousseau, 1993,47)¹⁴⁶

Cuando se realiza un análisis que tiene en cuenta las empresas de propiedad del Estado, éste puede hacerse con base en el paradigma “elaborado por la corriente estándar en su versión neoinstitucional o en corrientes heterodoxas...se trata de “introducir la historia en el análisis económico, de endogenizar en el esquema teórico ese “resto” que los economistas neoclásicos consideran dado”¹⁴⁷En Francia la escuela de las convenciones se identifica con el “holi-individualismo” y es concebida como el institucionalismo de las organizaciones, llamado institucionalismo sociológico¹⁴⁸.

Un segundo enfoque de los heterodoxos se encuentra en la sociología económica, la cual basa sus lineamientos en Weber, Marx y Durkheim y propone los siguientes elementos: el primero, la acción económica es una forma de acción social, la segunda, la acción está determinada históricamente y tercero, las instituciones económicas son unas construcciones sociales que no se explican por situaciones

¹⁴⁶BROSSEAU, E. *L'économie des Contrat*. París, PUF. 1993 p47, En: RODRIGUEZ SALAZAR *Economía Institucional, corriente principal y heterodoxia*. En *Revista de Economía Institucional* No 4, Primer semestre 2001. Versión digital. Consultado el 9 de septiembre de 2013 p 64.

¹⁴⁷ *Ibíd.*, p 65

¹⁴⁸ THERET, Bruno. *Nueva economía institucional, economía de las convenciones y teoría de la regulación. ¿Hacia una síntesis institucionalista?*. en *Noticias de la Regulación*. París, Cepremat, 2000. Op. Cit., RODRIGUEZ, Oscar, *Los avatares del servicio de salud para pobres...* p 53.

individuales (Swedberg y Granovetter, 1994,115)¹⁴⁹. De esta manera, la teoría y la sociología económica convierten la acción económica en el punto de partida para los análisis teóricos. Para la teoría económica, la acción está orientada por la racionalidad económica que conduce a los individuos a realizar la mejor elección en un contexto de escasez. Para la sociología económica, la acción no está aislada de la búsqueda de reconocimiento, estatus, sociabilidad y poder. La acción está inserta en redes permanentes de relaciones personales las cuales se entienden como un conjunto regular de contactos o de relaciones sociales continuas entre individuos y grupos de individuos.

Bajo este enfoque, el concepto de *campo económico* es introducido para las instituciones por parte de Pierre Bourdieu, quien sostiene que dentro de cada acción económica está presente el mundo social en toda su complejidad. El Estado como institución es resultado de un lento proceso de acumulación y concentración de diferentes clases de capital, el cual contribuye en cada momento a su existencia y persistencia, y a la estructura de fuerza que lo caracteriza¹⁵⁰.

“El campo económico es un escenario de lucha donde los agentes dotados de recursos diferentes se enfrentan para acceder al intercambio y conservar o transformar la correlación de fuerzas existentes”¹⁵¹. La competencia del mercado, es una manifestación de esta lucha, en la cual las estrategias de las instituciones, dependen de su participación en el mercado, lo cual le otorga poder según su grado de concentración. Acorde con lo anterior, existirá una empresa dominante la cual llevará el liderazgo en precios, distribución, nuevos productos, y promoción. Bajo este

¹⁴⁹SWEDBERG Y GRANOVETTER. La Sociologie économique. Les propositions fondamentales de la sociologie économique. París, 1994 p115, En: RODRIGUEZ SALAZAR .Economía institucional, corriente principal y heterodoxia. Op. Cit., p. 66.

¹⁵⁰Ibíd. p 68.

¹⁵¹Ibíd. p 68.

postulado el Estado, adicional a participar en la oferta y la demanda de servicios, ejerce un papel de regulación y arbitraje.

Otra propuesta de la heterodoxia e incluso más antigua que las anteriores es la escuela de la regulación, cuyo principal fundador es Michel Aglietta, quien en respuesta a la teoría dominante propuso

“analizar la dinámica temporal de los hechos económicos vividos por los sujetos, es decir, para explicar la historia de los hechos económicos, y la incapacidad para expresar el contenido social de las relaciones económicas y, por tanto, para captar las fuerzas y tensiones de que es objeto la economía”¹⁵².

Esta escuela hace una severa crítica a la teoría neoclásica de economía de mercado y para el abordaje de la seguridad social plantea que su estudio se realice a partir de la resolución de la cuestión social.

Los regulacionistas proponen establecer una estrecha colaboración entre la historia y la teoría económica. Para la primera, retoman el enfoque histórico de la escuela de los Annales, la cual considera que cada sociedad tiene las crisis y las coyunturas inherentes a su propia estructura. Para ellos, el acercamiento a la historia se debe a dos razones: la primera está relacionada con el concepto de modos de producción y la segunda, por interrogantes tales como:

”¿Por qué y cómo en una formación económica dada, se pasa de un crecimiento fuerte y regular a un casi estancamiento y a una inestabilidad de los encadenamientos coyunturales?, en el transcurso de una misma época histórica ¿Cómo explicar qué crecimiento y crisis adopten formas nacionales significativamente diferentes, incluso que se profundicen los desequilibrios en ciertos países, mientras que en otros se afirme una

¹⁵² AGLIETTA, Michel, Regulación y crisis del capitalismo, México, Editorial Siglo XXI, 1997, p1. En: RODRIGUEZ SALAZAR Oscar .Los avatares del servicio de salud para pobres. Op. Cit., p. 58.

relativa prosperidad?, ¿Por qué más allá de ciertas invariantes generales, las crisis revisten aspectos contrastantes a través del tiempo y son diferentes, por ejemplo, en el siglo XIX, en las dos guerras y en nuestros días?¹⁵³

De otro lado, esta corriente de pensamiento cuestiona la utilización del método basado en el individualismo metodológico para analizar problemas de disciplinas paralelas a la economía como la sociología, el derecho y la ciencia política; y definen su forma de abordaje en relación a la posición que ocupa la economía en el campo de las relaciones sociales y de la intervención del Estado. De tal manera que opta por una visión macroeconómica y racionalizadora frente a la dinámica estructuralmente inestable del mercado. La unidad se logra al introducir la categoría régimen de acumulación, la cual designa “el conjunto de regularidades que aseguran una progresión general y relativamente coherente de la acumulación de capital, es decir, que permita reabsorber o posponer las distorsiones y desequilibrios que nacen permanentemente de dicho proceso”¹⁵⁴

Esta escuela se ocupa de indagar la forma en que nacen las instituciones al igual que el neo institucionalismo. Para ellos, esta indagación depende de la forma cómo se elabora una teoría sobre el Estado; se nutren de las teorías sobre el poder político desarrolladas por los neogramscianos, de Poulantzas, y de Norbert Elías. Este último autor ofrece una alternativa de interpretación, desde la perspectiva social, reemplaza la hipótesis del individualismo metodológico –sustentado en los modelos neoclásicos– por la interdependencia de los individuos. Basándose en Elías, la teoría de la regulación coloca al Estado como una relación social y al sistema financiero como una pieza central de la reproducción de lo social.

¹⁵³ *Ibíd.* P. 59.

¹⁵⁴ *Ibíd.* P. 60.

El Estado como institución tiene una amplia autonomía para determinar el régimen monetario, las formas de concurrencia, y la relación salarial. De otro lado, las relaciones entre los sujetos políticos y los agentes económicos, -gremios y asociaciones-, pueden introducir diferencias en materia de impuestos y acceso a los bienes y servicios colectivos producidos y organizados bajo el control del Estado. El análisis de las formas de articulación entre el Estado y la economía propicia la pregunta por el tipo de Estado que se tiene, esto conduce a pensar que es necesario “distinguir claramente la lógica del poder político (expresión de la soberanía y la legitimidad, que autoriza las contribuciones fiscales) de las restricciones de la acumulación privada, es posible construir una serie de conceptos que den cuenta de la complejidad de los roles y de las configuraciones del Estado.”¹⁵⁵

Es importante para el Estado, mostrarse como un actor determinante en la realización de los compromisos entre los diferentes sectores y clases sociales y en el direccionamiento que tome la economía. No siempre coincide el poder político con el poder económico, de ahí que el Estado aparezca como la suma contradictoria de un conjunto de compromisos institucionalizados que “una vez realizados, crean reglas y regularidades en la evolución de los gastos e ingresos públicos, según casi automatismos que, al menos en principio, son radicalmente distintos de la lógica del intercambio mercantil.”¹⁵⁶ En esta perspectiva, las formas y compromisos institucionales se mantienen estrechamente interdependientes.

Esta escuela considera como formas institucionales la moneda, la regulación salarial, la forma como la economía se inserta en el mercado mundial, las particularidades que revisten la competencia y las formas de Estado. Las instituciones son construcciones sociales que requieren un adecuado sistema político y legal. El

¹⁵⁵BOYER Y SAILLARD, *Theorie de la regulation. L'État des savoirs*. Paris, Editorial La Découverte, 1995 En: RODRIGUEZ SALAZAR, Oscar. *Ibíd.* p. 61.

¹⁵⁶*Ibíd.* p. 62.

Estado, es la institución de las instituciones dado que no se puede concebir una economía capitalista sin un papel explícito por parte del Estado. Esta institución facilita las condiciones jurídicas para la existencia por ejemplo, de la Banca Central, de las formas de la competencia al interior del país y a nivel de comercio exterior, para el mercado laboral ya nivel tributario.

De los enfoques heterodoxos aquí presentados, la teoría de la regulación es la que puede explicar por qué el Estado en circunstancias normales puede funcionar en forma adecuada a pesar del caos del capitalismo. En este contexto las instituciones cambian a través del tiempo y sirven para explicar las particularidades que tiene cada una de las economías capitalistas. El Estado en su forma institucional permite modular el compromiso que viene de un lado por parte del proceso político (el cual representa los intereses sociales con sus principios fundamentales) y los intereses del mercado por otro lado. Se destaca que este enfoque muestra cómo la organización de las autoridades públicas se relaciona directamente con la dinámica económica.

En esta sección se ha hecho una sucinta revisión sobre los planteamientos que tienen algunas corrientes de pensamiento económico sobre el papel del Estado en relación con la economía y el mercado para atender las necesidades de una sociedad. Se podría inferir que para América Latina y en los últimos treinta años ha primado la corriente ortodoxa, aunque quienes se han preocupado por las consecuencias de la no intervención del Estado en el mercado han sido los teóricos heterodoxos, quienes plantean una salida holística al individualismo metodológico. Por último se resalta que existe una tendencia posestructuralista a retomar y redireccionar los planteamientos de Keynes en cuanto a otorgarle mayor responsabilidad al Estado en atender los fallos del mercado por los resultados observados en el capitalismo contemporáneo en los países desarrollados y en los en vía de desarrollo.

2. La economía de la salud desde la visión ortodoxa

La discusión que se ha planteado sobre la salud en las ciencias sociales y humanas, es decir, en el derecho, la economía, la política y la sociología; han permitido que surjan una serie de planteamientos de abordaje desde los diferentes enfoques de la economía. La salud presenta una connotación especial que la diferencia del mercado de bienes, debido a que se encuentra asociada a un derecho fundamental, por lo que se hace preciso establecer una relación Estado–mercado diferente a la aplicada en otros bienes y servicios.

La corriente ortodoxa ha primado en los lineamientos de los Organismos Económicos Internacionales (OEI) y por consiguiente en las reformas que se han planteado en los sistemas de salud desde los años 80. Dentro de esta corriente, la reflexión que realizan los autores neoclásicos en relación con el mercado de la salud, ha permitido avanzar en la teoría de los contratos. De acuerdo con Arrow la salud es un concepto difícil de concretar, depende de múltiples factores incluso más allá de los servicios médicos, involucra además de la prestación de servicios, aspectos como nutrición, vivienda, higiene, ingreso, educación y ambiente, entre otros. De otra parte, el concepto de salud es bastante subjetivo porque diverge según la época histórica de abordaje, los actores involucrados en la prestación de los servicios, los modelos de salud implementados y las representaciones sociales que la rodean. En cuanto a la demanda de salud, ésta es difícil de acotar y de medir por cuanto es derivada de un elemento inmaterial como lo es la salud. En forma indirecta se puede medir a través de la atención médica. A continuación nos referiremos a la oferta y demanda en relación con la economía de la salud.

El sector de la salud no se comporta al igual que otros sectores de la economía por cuanto tiene algunas características específicas como son: 1. Reúne bienes públicos, casi públicos y privados. 2. Los componentes del sector son diversos y

tienen fallas graves con relación a las reglas del mercado neoclásico, los componentes incluyen: financiamiento, prestación, insumos de producción (incluido medicamentos), tecnología y capacitación a profesionales entre otros; tienen fallas graves con relación a los mercados. 3. Algunas de las fallas del sector salud en relación con los mercados pueden ser corregidas por los gobiernos, mientras que otras no. 4. Las interrelaciones entre los diferentes mercados de la salud son complejas y hacen muy difícil que los mecanismos de mercado básicos funcionen adecuadamente. Finalmente, son los principios que se comparten socialmente por las instituciones y proveedores como: equidad, eficiencia y manejo de los gastos los que hacen que se generen los ajustes a las políticas del sector.¹⁵⁷

El servicio médico maneja un concepto de oferta y demanda diferente a la de los demás bienes. En ella hay gran intervención estatal e institucional a través de la reglamentación. Para el acceso a los servicios médicos no es necesario pagar el costo real de los mismos sino una fracción de éste o no pagar, en especial bajo el concepto de aseguramiento. Arrow plantea que la especificidad del mercado de servicios de salud ocasiona fallas del mercado que pueden llevar a ineficiencia en la asignación de recursos si se los deja a las libres fuerzas del mercado. Algunos rasgos de este mercado son: asimetría de información, demanda derivada, incertidumbre y externalidades tanto positivas como negativas.

Se considera asimetría de la información por cuanto el paciente tiene poca capacidad para incidir en la prescripción y suministro de servicios y es el profesional o la institución quienes definen los recursos necesarios para mejorar el estado de salud del paciente como consumidor; de ahí la importancia de la regulación estatal para proteger los derechos de los usuarios. En la segunda, la demanda por atención médica puede resultar subordinada a las expectativas del resultado del tratamiento, es

¹⁵⁷ RODRIGUEZ SALAZAR, Oscar. *Ibíd.*, p.22.

decir, su eficacia y en otros casos se presenta intervención directa como en el caso de demanda inducida (programas de promoción y prevención) como estrategia para disminuir la demanda real de servicios.

Respecto a la incertidumbre, podemos decir que esta tiene grandes implicaciones en la economía de la salud a través del componente de aseguramiento que afecta directamente la financiación de los servicios de salud. Las fallas en el mercado del seguro, son resultado del contexto de manejo del riesgo, incertidumbre e información asimétrica en que opera. El Estado juega un papel muy importante en el sentido de proteger al sector contra las imperfecciones derivadas de la selección adversa de riesgos, la segregación por parte de las instituciones aseguradoras, la aparición de oligopolios y carteles que ocasionarían exclusión contra la población vulnerable como lo son, los ancianos y los discapacitados, entre otros. En cuanto a la selección adversa de riesgos, existen dos posiciones en contravía, por un lado el consumidor tiene mayor predisposición a asegurarse cuando presenta más problemas de salud, mientras que el asegurador prefiere las poblaciones de menor riesgo a enfermarse y siempre intentará instaurar filtros para seleccionar los riesgos a incluir. Otro fenómeno propio del mercado del seguro es el de “moral hazard”, que en salud se traduce como el uso excesivo del servicio una vez se realiza el contrato del seguro.

En la teoría económica se produce una externalidad como resultado de una actividad que produce beneficios o daños incidentales (positivos o negativos) a otros, sin que haya compensación proporcionada o indemnización por parte de quienes los producen. En los servicios de salud se pueden encontrar externalidades negativas como es el caso de infecciones nosocomiales resultado de una internación hospitalaria de cirugía programada que ocasionan grandes costos de tratamiento. También se encuentran unas positivas como por ejemplo al realizar vacunación para el control de enfermedades infectocontagiosas. En ésta situación incluso las personas no vacunadas se benefician de la no extensión de la epidemia.

Es importante resaltar que gran parte de los bienes y servicios de salud no son “bienes privados”, o sea, bienes que beneficien exclusivamente al individuo que los consume, sin embargo, el mercado puede normalmente producir y suministrar esos bienes con eficiencia. En el sector salud la mayoría de las medidas en salud pública como información, educación y prevención son “bienes públicos” prestados directamente por el Estado. Muestra de lo anterior son las actividades de saneamiento, control de vectores, control ambiental, seguridad de tránsito y educación de la población, las cuales dan mayores resultados sociales que privados.

Es relevante aclarar también la categoría de bienes cuasi públicos, los cuales se diferencian de los públicos puros en que el costo marginal no equivale a cero, es decir, es muy difícil cobrar por su uso, pero si es posible gravar a algunos de sus beneficiarios. Ej. La vacunación contra enfermedades transmisibles, la cual beneficia a otros aparte de los vacunados, es posible cobrar a los vacunados pero no a los que se benefician de la “no” epidemia. Luchar contra la propagación de una enfermedad requiere un nivel mínimo de personas vacunadas en la población, y vacunar a más personas tiene un costo adicional que no puede ser cubierto por el precio. Siendo ineficiente el mercado, se hace necesaria la intervención pública mediante campañas o subsidios. Otros ejemplos pueden ser planificación familiar o ciertos servicios de atención primaria.

Aunque las características de información asimétrica, demanda derivada, incertidumbre y externalidades se encuentran en otros bienes y servicios, lo cierto, es que estos rasgos predominan en los servicios médicos, lo que hace que la salud tenga un comportamiento *sui generis* si se compara con otros mercados. Por lo anterior se podría inferir que la asignación de recursos para salud únicamente a través del mercado privado podría traer ineficiencias, inequidades y costos crecientes; por lo que se hace necesaria la intervención del Estado para corregir las fallas del mercado.

Al revisar el mercado privado de los servicios de salud, promovida por la corriente ortodoxa, se observa que los individuos toman seguros con el fin de cubrirse ante la eventualidad de riesgos específicos. En el mercado asegurador esta transacción implica el traslado de un riesgo que hacen las personas a la compañía que ofrece el seguro, a cambio de una prima determinable con la cual se asumen los costos derivados de la ocurrencia de un evento cubierto durante el término del contrato. Siguiendo a la teoría económica, los individuos prefieren invertir en éste tipo de pólizas, siempre y cuando tengan una protección al riesgo financiero que ocasionan las eventualidades que se puedan presentar.

El seguro de salud busca distribuir entre una gran masa de individuos los riesgos financieros relacionados con la enfermedad, garantizando el equilibrio del sistema debido a que predecir los riesgos individuales es más difícil que predecir los riesgos de un grupo.¹⁵⁸

“La demanda de servicios de aseguramiento en salud en un mercado competitivo depende, entre otras, de las preferencias de los usuarios por riesgos, los precios en los servicios de salud, de los ingresos, la efectividad de los prestadores de servicios de salud, el valor de los copagos y deducibles y la cobertura del aseguramiento. Ahora bien, el mercado de aseguramiento es tan solo uno de los componentes del Sistema de Seguridad Social en Salud (...) Muchas otras entidades hacen parte del sistema y es en la intermediación donde participa la mayor parte de agentes de la industria de la salud”¹⁵⁹.

¹⁵⁸AUSTIN, Andrew y HUNGHERFORD, Thomas. The Market Structure of Health Insurance Industry, Congressional Research Service, 7-5700, Disponible en internet: <http://www.crs.gov>, R40834 (Abril de 2010), En: SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO. Informe motivado, Rad. 09-021413. 2010, p. 25, en Investigación Superindustria y Comercio.pdf, documentos de trabajo del Senador Jorge Robledo para debate sobre corrupción en la salud en el Congreso de la República, 2011.

**Acerca del tema de la libre competencia consultar el trabajo: CORREA HENAO, Magdalena Inés. Libertad de Empresa en el Estado Social de Derecho, Bogotá.D.C: Trabajo Doctoral. Universidad Externado de Colombia. Facultad de Derecho. 2009, 563-593.p

¹⁵⁹ Ibíd.

3. Las reformas estructurales promovidas por los Organismos Económicos Internacionales (OEI)

El poder financiero juega un papel importante en la acumulación de capital y conlleva cambios en la regulación público-estatal; estos cambios afectan el régimen fiscal, el arreglo institucional y las políticas públicas. En la medida en que se cambia la regulación, también hay cambios ideológicos y las políticas sociales también se transforman. Cuando estos planteamientos se concretan en decisiones políticas e institucionales hablando de reformas.

Las “Reformas Estructurales” del BM buscan el libre funcionamiento del mercado y para ello remueven la forma de intervención del Estado a través de reformas económicas e institucionales (Selowsky 1990) que permean la política social. Los programas de ajuste estructural se concentran en la eliminación de las distorsiones y rigideces para proveer un funcionamiento más eficiente de los mercados. Los países que emprenden ajustes estructurales deben actuar con firmeza, ya que un gobierno políticamente débil y que ceda fácilmente frente a los grupos de presión, tendrá poco éxito en la implementación de las reformas.¹⁶⁰

En América Latina se adoptan estas reformas una vez que entra en crisis el modelo de Industrialización Por Sustitución De Importaciones (ISI), desarrollado durante los años 70 y 80. Este modelo planteaba regulación de los mercados, activismo fiscal (Keynesiano), centralismo, universalización del gasto, impuestos directos, intervención estatal, control del gobierno sobre las políticas monetaria y fiscal.¹⁶¹ Su crisis se debió, argumentan algunos, al crecimiento exagerado del Estado y al gran peso de la deuda externa en los países de la región. Paralelamente se estaban desarrollando varias corrientes de pensamiento económico que buscaban que se

¹⁶⁰Para profundizar en este tema, en América Latina, los investigadores de la Universidad de Princeton: Stephan Haggard y Robert R. Kaufman, publicaron una investigación interdisciplinaria denominada “La política de ajuste económico. Las restricciones internacionales, los conflictos distributivos y el Estado” Este libro fue publicado en Colombia por el CEREC en 1994.

¹⁶¹GIRALDO, César. ¿Protección o desprotección social?, Bogotá, Desde Abajo, 2007 p. 143.

tomaran medidas para la modernización del Estado, para la estabilización macroeconómica y para el ajuste estructural, y de paso, para corregir el modelo ISI en busca de garantizar estabilidad económica.

Los cambios ideológicos permiten legitimar y crear un marco teórico para darle coherencia a las reformas. En esa vía es importante entender que las propuestas neoliberales son lineamientos ideológicos que han servido de base para realizar reformas del Estado, los cuales promulgan la racionalidad económica del mercado acorde con los fundamentos de la economía neoclásica¹⁶² y éstos van a orientar los cambios institucionales como lo plantea, entre otros, el Consenso de Washington.¹⁶³ Este constituye un recetario de reformas económicas, sociales y políticas que se empezaron a aplicar en América Latina desde comienzos de los años 80.

El Consenso parte de los postulados que sobre el mercado plantearon Hayek y Friedman; uno de ellos es propender por la asignación que hace el mercado, lo cual significa no darle al Estado un papel redistributivo. “En esta visión, cuando el Estado redistribuye, altera la asignación que hace el mercado, de manera que éste debe

¹⁶²Por economía neoclásica hace referencia aquel marco teórico que entiende el funcionamiento de la economía capitalista según las siguientes hipótesis: “ que los hogares y las firmas son agentes racionales que maximizan a largo plazo un objetivo perfectamente definido; que usan la información correctamente para determinar sus conductas y formar sus expectativas ; que los precios y los salarios son suficientemente sensibles para que los mercados de bienes y de trabajo encuentren el equilibrio rápidamente, de tal manera que la mayoría de las observaciones se registre en la vecindad de este equilibrio; que la mayoría de los mercados conocen una competencia casi perfecta”. A este respecto ver Vid CATAÑO, José Félix. Teoría económica y neo institucionalismo. En: Revista de Economía Institucional. Vol. 5. No 9.2003. p 217 a 218. En: GERMÁN BURGOS, Silva. Crecimiento económico sin Estado de Derecho. Universidad Nacional. Enero de 2007. p 9.

¹⁶³El Consenso de Washington, llamado también Reformas de I Generación, fue formulado por John Williamson en 1989 a través de un documento "What Washington Means by Policy Reform", que quiere decir "Lo que desde Washington se entiende como reforma de las orientaciones políticas" e incluyó una lista de diez políticas que pensaba eran de aceptación mundial. Las políticas económicas del consenso eran las siguientes: 1.Disciplina fiscal (los presupuestos públicos no pueden tener déficit) 2.Reordenamiento del gasto público hacia sectores que favorezcan el crecimiento y servicios para los pobres, como educación, salud pública, investigación e infraestructuras.3.Reforma tributaria (aumentar la base tributaria y reducir las tasas impositivas marginales) 4. Liberación financiera, especialmente de los tipos de interés 5.Tasas de cambio unificadas. 6. Liberación comercial 7.Inversión extranjera directa 8.Privatización 9. Desregulación (evitar las restricciones a la competencia) y 10. Derechos de propiedad.

concentrarse más bien en fijar reglas que le den certidumbre al comportamiento de los individuos, de tal manera que se garantice claramente la propiedad privada y la previsibilidad macroeconómica (Gill 1999)”.¹⁶⁴

Las recomendaciones de políticas del Consenso se pueden agrupar en tres niveles, como se muestra en la tabla 2¹⁶⁵; el primero se refiere a la liberación de los tres mercados de la economía, el segundo tiene que ver con las Políticas Públicas, las cuales deben ser lo más próximas al mercado y el tercero es la existencia de entidades autónomas que garanticen la disciplina macro y la vigencia de los derechos de propiedad; el Banco Mundial denominó a este nivel “las cortapisas del mercado” (1997).

Tabla 2. Consenso De Washington. (Presentación Orgánica)

Nivel 1 Liberación de mercados	Nivel 2 Políticas Públicas	Nivel 3 Límites al mercado
1.1. Mercado de Bienes: Apertura Comercial	2.1 Disciplina Fiscal	3.1. Banco Central Independiente
1.2. Mercado de Capitales Mercado libre de divisas Apertura de capitales Desregulación financiera	2.2. Focalización del Gasto Subsidio a la Demanda	3.2. Sistema presupuestal Jerarquizado (Presupuesto público determinado por autoridad fiscal)
1.3. Mercado Laboral Flexibilización laboral	2.3. Impuestos Neutrales	3.3. Sistema Judicial Independiente y fuerte
	2.4. Privatización	
	2.5. Descentralización fiscal	

Fuente: GIRALDO, Ob. Cit., p. 20.

¹⁶⁴GIRALDO, Op. Cit., p. 138.

¹⁶⁵Ibíd.

Para el tema de seguridad social en salud, lo más relevante del Consenso de Washington es lo referente a las políticas públicas dado que este recetario de medidas fue incluido en la mayoría de países de Latinoamérica que se acogieron a la ortodoxia liberal. Estas políticas públicas tiene que ver con: 1.Disciplina Fiscal, 2.Focalización del Gasto, 3.Impuestos Neutrales, 4.Privatización y 5.Descentralización fiscal.

La Disciplina Fiscal permite lograr la estabilidad macroeconómica para que el mercado pueda funcionar, en particular la del sector externo cuando se eliminan los controles de capital, los de comercio exterior y los de divisas. Es conveniente delegar en un órgano tecnocrático la responsabilidad sobre la política económica a pesar de la consecuencia que ello pueda tener en la pérdida de efectividad del sistema político en representar los intereses de los electores (Haggard 1995,51 y 53). Se crea un poder económico con un sistema presupuestal jerarquizado en cabeza del Ministro de Hacienda, quien maneja los aspectos fiscales y un Banco Central independiente, que debe manejar los temas monetarios, cambiarios y financieros. Es importante aclarar que el concepto de disciplina fiscal no fue algo nuevo para esa época dado que los primeros que promovieron esta iniciativa fueron los economistas de la escuela monetarista como se observa en los trabajos de Milton Friedman a finales de la década de los 60.

En cuanto a la política pública de focalización del gasto y el subsidio a la demanda, el Estado debe intervenir con racionalidad económica de mercado cuando realiza la provisión de bienes y servicios públicos dado que los servicios deben ser vendidos en un sistema mercado o cuasi mercado, que permita que el sistema de precios funcione adecuadamente. Esto conduce a establecer el subsidio a la demanda y eliminar los subsidios a la oferta. Al eliminar estos últimos se disminuye el financiamiento estatal a las entidades públicas, buscando estimular la financiación a través de venta de bienes y servicios con el fin de lograr eficiencia y permitir la libre elección de los usuarios. Los subsidios a la demanda están dirigidos a los usuarios

pobres a través de programas de focalización para pagar la atención de servicios. (Molina 1999, BID)¹⁶⁶ La teoría de la justicia de Rawls es el fundamento conceptual de la focalización, que plantea el principio de maximizar el bienestar del peor; así mismo, Amartya Sen señala que se debe dar tratamiento preferente a los más débiles para garantizar la igualdad, a lo que agrega, la igualdad de oportunidades.

En relación con el principio de los impuestos neutrales, el Consenso de Washington postula que las contribuciones tributarias deben producir distorsiones mínimas en cuanto al papel que cumple el mercado en la asignación de los factores de producción. Por lo anterior, se debe propender por minimizar los impuestos directos para favorecer el ahorro y la inversión. El impuesto más neutral es el Impuesto al Valor Agregado-IVA por lo que el BID justifica su adopción y a su vez evita la distorsión del mercado por otros gravámenes. (BID 1998 p 206)¹⁶⁷

El proceso de privatización hace referencia a que la provisión de bienes y servicios estatales puede ser asumida por el sector privado. La intervención del Estado solo sería justificada cuando se presenten fallas en el mercado o cuando sus efectos distributivos se consideren injustos. Se asume que los mercados competitivos proporcionan el incentivo necesario para lograr la eficiencia económica (FMI 1990). Se asume que pueden existir fallas tanto en el mercado como en el Estado, pero éstas últimas se consideran más graves (BM 1991, capítulo VII).

A finales de 1990 el BM consideró que el Estado y las Instituciones también son importantes y que en este caso el Estado debe corregir las fallas de mercado a través de la regulación estatal y no en la prestación del servicio público. La regulación por parte del Estado tendría dos papeles: el primero sería el de regular

¹⁶⁶Ibíd. p. 140.

¹⁶⁷BID (1997-1998). Progreso económico y social en América (varios números). BID, Washington D.C.1998.

monopolios buscando que la provisión privada se acerque a las condiciones de competencia perfecta y el segundo, en el caso de bienes con externalidades positivas como es el caso de salud y educación, entre otros, proteger a los más vulnerables y asignar subsidios a la demanda para el acceso a los servicios. De acuerdo con el BM¹⁶⁸, la privatización y la reforma de las empresas públicas, son mecanismos para introducir la competencia del mercado en la provisión de bienes y servicios públicos.

El principio de la descentralización se basa en la subsidiaridad, la cual considera que el servicio debe ser suministrado por el nivel inferior de gobierno que pueda proveerlo y financiarlo. Es concebida como un mecanismo para generar competencia de mercado entre las regiones y localidades por cuanto permite una relación más cercana entre la institución generadora del servicio y el usuario.¹⁶⁹Las regiones serían autónomas para fijar precios y generar valores diferenciales en sus servicios por lo que aplicaría las reglas del mercado en donde prima la decisión del consumidor. Siguiendo la lógica de la descentralización, los bienes y servicios provistos por el nivel nacional, se pasarían a un nivel intermedio y de ahí al municipal para finalmente pasar la responsabilidad a las Instituciones propiamente dichas, las cuales se financian a través de la venta de servicios.

El Consenso refleja las reformas que organismos como el FMI, el BM y el BID sugirieron para América Latina. Aunque éste refleja muy bien el contenido general de las reformas que fueron aplicadas y las que hasta ahora se han promovido en el área de las políticas públicas incluyendo seguridad social, es importante aclarar que las políticas promovidas por el Consenso no reflejan en su totalidad la ideología neoliberal ya que también se tomaron en cuenta consideraciones coyunturales y procesos políticos concretos. Sin embargo, estas reformas no fueron aplicadas en la

¹⁶⁸BANCO MUNDIAL, Informe de Desarrollo Humano, 1991. Washington D.C.

¹⁶⁹BANCO MUNDIAL, Informe de Desarrollo Humano, 1997. P. 125, 136 y ss, Washington D.C.

totalidad de los países debido a las resistencias y altibajos que se presentaron al interior de cada Estado.

Los principios del Consenso siguen estando vigentes aunque su énfasis y grado de aplicabilidad han cambiado. Williamson, Ortiz y Clift en el segundo semestre del 2003 en una publicación institucional del FMI reconocen que los resultados esperados con la aplicación del Consenso no se lograron debido a que las reformas se centraron en la reducción de la intervención estatal y el aumento de los instrumentos de mercado sin tener en cuenta la forma en que se introdujeron las reformas. Por lo anterior se consideró que se debía rescatar la intervención estatal a través de un proceso de reforma paso a paso y ordenado con un marco institucional adecuado. Estos postulados de ajuste fueron llamados Consenso II o reformas de II generación. En esta nueva etapa se hace énfasis a: seguimiento al proceso presupuestal, autonomía del Banco Central, garantía de la disciplina fiscal y financiera, mejoría de los sistemas de supervisión bancaria y de las políticas sobre redistribución de los ingresos.

A comienzos de la década del 2000 surgió una propuesta del BM con los trabajos de Holzmann, Jogersen, Sherburne-Benz y Tesliuc, en la que se postulaba el enfoque del “Manejo Social del Riesgo”, que busca combatir la pobreza *a priori* y no *a posteriori* (en lo referente a salud y pensiones inicialmente se había trabajado en los años 1993 y 1994). Esta concepción arraigada en el mercado, se promueve como una salida a las formas tradicionales de protección del estado benefactor. Su fin es

“...intervenir en los riesgos naturales y sociales que generan y profundizan la pobreza y la vulnerabilidad. Está orientado a asistir a los pobres en condición crítica (mediante estrategias de prevención, superación o mitigación); para superar los riesgos que les impiden insertarse en la vida productiva, procurarse bienestar y salir de la pobreza,

haciendo de la protección social un complemento del mercado en materia de bienestar”.¹⁷⁰

El fundamento de esta postura es que los pobres son quienes están más expuestos al riesgo, y precisamente se mantienen en la condición de pobres por la menor disponibilidad de elementos para enfrentar los riesgos y su aversión a tomarlos. Por ello la política social se debe centrar en dotar a los pobres de instrumentos que les ayuden a gestionar el riesgo para que tengan más oportunidades de salir de la pobreza.

En la nueva lectura de la categoría, el riesgo se extiende a las políticas macroeconómicas, y todo mecanismo de protección por fuera del mercado y del Estado es calificado como informal. La mala gestión se entiende como el resultado de no aplicar en las economías las reformas de mercado. De manera que, reformas y políticas que no siguen los lineamientos de los OEI, se consideran riesgosas. Bajo estos lineamientos se está frente a una concepción de protección social que supone la eliminación de las protecciones que frenan el funcionamiento del mercado.

Los autores de éste enfoque al referirse a los mecanismos de mercado (la moneda, los bancos y las compañías de seguros), indican que éstos son instrumentos financieros de ahorro y aseguramiento. El ahorro a través de fondos de pensiones (ahorro obligatorio y voluntario) para el riesgo de pérdida de ingresos como resultado del envejecimiento; y el aseguramiento para sufragar gastos por concepto de enfermedad o invalidez. En consecuencia, los mercados financieros juegan un papel relevante en la gestión del riesgo social y de ahí que estos autores recalquen en la importancia de desarrollarlos como se percibe en la actualidad.

¹⁷⁰HERNANDEZ BELLO Amparo y RICO DE SOTELO Carmen, Protección social en salud en América Latina y el Caribe. Investigación y políticas. IDRC 2011, p. 14.

En conclusión, los lineamientos del Consenso I y II, buscaron darle un mayor papel a los mercados y disminuir el rol del Estado. Las políticas públicas recomendadas por el Consenso no cambian y continúan vigentes. No hay que olvidar que, siguiendo a Bourdieu¹⁷¹, para legitimar las políticas se hace necesario construir un andamiaje teórico que permita presentarlas como producto de la razón y el bien común.

4. Lineamientos del Banco Mundial para las reformas en salud

”El gasto en salud es una inversión productiva: puede elevar los ingresos, en particular entre los pobres, y aliviar el sufrimiento humano que entraña una salud precaria. La buena salud es, así mismo una meta fundamental del desarrollo, y a la vez un medio para acelerarla”¹⁷²

En los primeros años del neoliberalismo, su impacto en las políticas sociales no buscaba que se dejaran de proveer los servicios por parte del Estado. En los Organismos Económicos Internacionales (OEI) se hablaba de la necesidad de tomar medidas de ajustes que consistían en una disminución de los gastos. El eje de esta reforma era la financiación de los servicios, de manera que se pasara progresivamente del gasto gubernamental al gasto privado.

En salud, a diferencia de pensiones, el neoliberalismo no clama por una desregularización del sistema; los economistas clásicos promulgaron desde el principio que este sector debía tener intervención estatal. Friedman planteó que el Estado debe reglamentar los servicios de salud dado que este mercado no se puede equiparar a otro tipo de bienes. Lo anterior se explica por tres razones de índole

¹⁷¹BOURDIEU, Pierre. *Lengage et pouvoir symbolique*, Editions Fayard, (1er ed. 1982), France, p. 205 y 206. En: GIRALDO Cesar, *Op. Cit.*, p.147; Desde el campo de la sociología Ver BOURDIEU, Pierre, *La Nobleza del Estado, educación de elite y espíritu de cuerpo: Poder de estado y poder sobre el estado*.1ra ed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores,2013.p.557-538.

¹⁷²BANCO MUNDIAL, *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en Salud*; Washington, julio de 1993, p. 22

económica así: 1) los bienes públicos puros generan externalidades positivas. 2) las fallas de mercado de la atención en salud y en los seguros médicos hacen necesaria la intervención del gobierno para promover el bienestar de la población 3) Si no se hace presente el Estado, los pobres no tendrían acceso al sistema y no podrían contribuir a mejorar la productividad y en consecuencia el bienestar.

El BM ha asumido el liderazgo en el análisis y la provisión de directrices políticas para el sector salud promoviendo el desarrollo económico a través de créditos, pero también define lineamientos o políticas en cumplimiento de los mismos por parte de los gobiernos. Esta institución se concentra en “el desarrollo económico a largo plazo y en la reducción de la pobreza, proporcionando apoyo técnico y financiero para que los países puedan reformar determinados sectores o poner en práctica proyectos específicos”¹⁷³ El BM busca desde los años ochenta liderar las políticas a nivel mundial en el sector salud. Se destaca el informe sobre desarrollo mundial denominado “Invertir en Salud” de 1993, entre muchos otros.

La estrategia de intervención del BM se puede ver a través de la promoción del crecimiento económico e incentivando el acceso universal a los servicios sociales básicos con el fin de elevar el bienestar de los pobres y permitir su plena participación en el crecimiento de la economía. El enfoque de salud pública del BM desde su participación en el diseño de políticas de salud y financiamiento de programas y proyectos, se caracteriza por resaltar la importancia de la evaluación económica y una mayor participación del sector privado. A su vez, aborda la salud como un “servicio de salud esencial” que tiene unas implicaciones económicas dejando de lado aspectos éticos y de justicia redistributiva. Este organismo efectuó diagnósticos en salud en los que evidenció serias dificultades en la cobertura de servicios, restricciones en el

¹⁷³FONDO MONETARIO INTERNACIONAL. Ficha Técnica: El FMI y el Banco Mundial. Visto en <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/spa/imfwbs.htm>. Consultado 29 de junio de 2013.

financiamiento, deficiente calidad e inequidad en la prestación de los servicios y exclusión de la población pobre y marginada.

En el año 1987, con el estudio realizado por el Departamento de Población Salud y Nutrición (DPSN) del Banco Mundial se propuso una agenda para la reforma con cuatro grandes estrategias para que los países en desarrollo las adoptaran en respuesta a los problemas financieros en los sistemas de salud y educación: 1. Cobro de aranceles a los usuarios de los servicios estatales acorde con su capacidad de pago. 2. Provisión de seguro u otra protección frente a los riesgos económicos de la atención en salud. 3. Empleo eficiente de recursos no gubernamentales, esto es, agentes de mercado, con y sin ánimo de lucro, y 4. La descentralización de los servicios gubernamentales, para disminuir la carga de los gastos nacionales y aumentar la inversión local (Banco Mundial, 1987:699-705)¹⁷⁴

Acorde con la teoría económica, se justifica la inversión en salud, ya que ésta conlleva al bienestar de la población en el sentido que se logra mejorar el crecimiento económico por cuanto reduce las pérdidas en producción por enfermedad de los trabajadores, permite utilizar recursos naturales que debido a las enfermedades eran total o prácticamente inaccesibles, aumenta la matrícula escolar de los niños y libera recursos que de otro modo sería necesario destinar al tratamiento de enfermedades. Si se cumplen las condiciones anteriores, podría darse incremento en la productividad, empleos con mayor remuneración y contar con una vida activa más larga.

En el informe de 1990 del BM se recomienda reducir la responsabilidad del Estado también en servicios que generen pocos beneficios para la población, con lo que se dispondría de más recursos gubernamentales (o públicos) para pagar los servicios que proporcionen mayores beneficios a toda la sociedad. Si el gobierno deja

¹⁷⁴Ibíd., p. 351.

de gastar “recursos públicos en cuidados de salud para los ricos, con este enfoque se liberarían recursos, de modo que podría gastarse más en los pobres.”¹⁷⁵ Con esta orientación, se dispondría de recursos para financiar servicios que se constituyen en bienes públicos, como por ejemplo salud pública.

Inconvenientes en asignación, ineficiencia y desigualdad eran los factores asociados al financiamiento en salud que habría que intervenir. En cuanto a la asignación de recursos, los países en desarrollo no destinaban lo suficiente en actividades de salud que podrían ser eficaces en función de los costos como por ejemplo: vacunación, control de enfermedades transmitidas por vectores y saneamiento ambiental. A la ineficiencia interna de los programas públicos se le sumaba la mala distribución del personal en salud, baja utilización de hospitales de alta complejidad, la calidad deficiente de los servicios prestados y la escasez de medicamentos. La desigualdad se veía reflejada en inversiones costosas en tecnología moderna para atender a unos pocos e insuficiencia de recursos para actividades sencillas para la población pobre y vulnerable.

Como medidas de política pública en salud en cuanto a financiación y para superar los problemas descritos anteriormente, el Banco recomendó: 1. Implementar cargos económicos a los usuarios de servicios de salud que brinda el sector público. 2. Ampliación de cobertura de seguridad social en salud, 3. Fortalecimiento del suministro privado de servicios de salud, 4. Descentralización del sistema de salud pública.

En lo correspondiente a la primera medida, los cargos económicos podrían generar más ingresos y mejorar el acceso de los pobres al servicio porque según el Banco, la prestación de los servicios sin costo alguno favorece a menudo a la clase

¹⁷⁵BANCO MUNDIAL, Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo, Washington. D.C. 1990, p. 2.

media y a los sectores de altos ingresos. Así mismo, existiría una racionalidad en la utilización de los servicios. Estos valores se cobrarían con tarifas diferenciales en los sistemas públicos o por medio de vales y cupones para la población menos favorecida sobre la base de certificaciones de la condición de pobreza de las familias por parte de los dirigentes de la comunidad.

La política relacionada con aumento de la cobertura de seguridad social podría hacerse a través de mayores impuestos o asegurar por lo menos a los trabajadores formales que cuentan con contrato de trabajo. También se contempló una competencia entre aseguradoras con miras a reducir los costos administrativos.

Frente a la tercera política, la propuesta de utilización de recursos no gubernamentales en salud fomentaría el papel del sector privado y la libre competencia por lo cual el papel del sector público debía centrarse en supervisar y orientar las actividades de los proveedores de servicios de salud privados, es decir, regular el mercado de la salud. Para el Banco, “lo más importante y difícil, es que el sector gubernamental debe tomar medidas para hacer que el mercado de servicios de salud privado con fines de lucro para los particulares sea lo más competitivo posible. Esto requiere que se haga mucho hincapié en los programas de información para los consumidores”¹⁷⁶

En cuanto a la descentralización del sistema de salud pública, el Banco sugiere que ella debe ser responsabilidad de los gobiernos de los países en desarrollo. Salud Pública es un área muy importante porque se ocupa de programas que afectan a toda la comunidad como la lucha contra enfermedades infectocontagiosas, la vacunación, el saneamiento ambiental, entre otras. Lo anterior implica entregar mayor autonomía financiera y administrativa a los gobiernos locales ya que ellos asumen una mayor responsabilidad en la planificación, presupuestación y ejecución de las

¹⁷⁶Ibíd., p. 44.

actividades de Salud Pública. El BM reitera lo anterior en su informe *Invertir en Salud* de 1993.

Los principios rectores de las reformas en los sistemas de salud promulgadas por el BM, debían considerar identificar la problemática de salud pública y garantizar servicios con altas externalidades, financiar el sector público en razón del alivio de la pobreza y la eficacia en la prestación. Y por último, regular los seguros de salud con el fin de reducir el riesgo de incertidumbre e iniquidad.

Para garantizar el éxito de los procesos de reforma en salud, se alentaría la competencia y la diversidad de proveedores, con lo cual se esperaba mejor calidad de servicios y reducción de costos en el suministro de bienes e insumos del sector salud. Se incentivaría la competencia entre el sector público y el sector privado. Los gobiernos podrían disminuir los gastos en salud si se alentaba la competencia entre proveedores y prestadores de salud y sí existían sistemas de pago anticipado.

Dada la sobredimensión del sector público en la prestación de servicios, se requería su pronta reducción, limitando las nuevas inversiones en hospitales públicos de atención terciaria. También se planteó garantizar un conjunto de servicios clínicos esenciales de acceso a toda la población., denominado por algunos como Plan Obligatorio de Salud (POS). De esta forma se aseguraría la prestación de servicios de salud pública y asistencia médica esencial, al tiempo que se autofinanciaría el resto del sistema.

El interés del BM con estas políticas, era cumplir con lo acordado en la conferencia de Alma Ata de 1978 en la que se propuso que para el año 2000 todos los pueblos del mundo deberían alcanzar un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva.

El BM y el FMI conocían de antemano que las políticas de ajuste inmersas en las reformas ocasionarían aumento a corto plazo de la pobreza, por lo que la

reducción de la misma se convertía en una prioridad para estos OEI. Las reformas a los sistemas de salud permitirían liberar recursos para atender a los pobres y facilitar su acceso al sistema además de mejorar su eficiencia, reducir costos y racionalizar el gasto público del sector salud. De otra parte, las inversiones en salud son costo efectivas por cuanto ayudan a aliviar la pobreza. Los pobres hacen mayor utilización de servicios y presentan casos más graves en salud, además sus ingresos dependen del trabajo físico y al no estar cubiertos por el sistema de seguridad y sin capacidad de ahorro, no pueden amortiguar los costos derivados de las enfermedades.

Posterior al Consenso I, se observó que la puesta en marcha de las reformas era compleja. En sus primeros años (finales de los ochenta y comienzos de los noventa), se presentó una disminución de los salarios y un índice mayor de desempleo. Dadas estas consideraciones se hizo necesario introducir cambios en la prestación de los servicios de salud y desarrollar todo un programa de focalización para lograr la equidad. Como política prioritaria el Banco optó por sugerir un conjunto de recomendaciones para modificar el modelo de financiamiento en salud.

La focalización, es decir, la identificación de la población pobre con el fin de protegerla mediante la aplicación de un sistema de subsidios a la demanda se propuso con el objeto de superar las dificultades propias del ajuste económico y protegerlas condiciones de mercado. Con esta medida se debían concentrar los recursos en los más necesitados por variables como el nivel de ingresos, la zona geográfica, los grupos de edad o género, entre otras. Bajo esta perspectiva la focalización del gasto se presenta como una alternativa a la pretensión de universalizar los servicios sociales por cuanto no es posible su realización debido a la cantidad de recursos que exige; posee un carácter injusto porque al favorecer por igual a todas las personas, no estimula la productividad ni el esfuerzo de los agentes y privilegia por igual a los ricos y a los pobres.

En consecuencia, la agenda de la reforma presentada por el Banco Mundial, tiene una fundamentación teórica que se articula en la justificación moral de un

Estado mínimo en materia de salud y educación. Así las cosas, entre menos interviniera el Estado en salud, habría más eficiencia y eficacia aunque en la medida en que se reconocieran las imperfecciones del mercado de servicios de salud, se podría intervenir en las regulaciones del mismo y asignarle al Estado un nuevo papel.

Chile desde comienzos de los setenta fue el primer país que en América Latina aplicó la corriente de pensamiento neoliberal en salud. En este país se desmontó el Servicio Único de Salud, vigente desde 1925, el cual buscaba garantizar la asistencia en salud para toda la población y estaba a cargo del Estado. El nuevo modelo se instauró bajo la premisa de que quién pudiera pagar por los servicios de salud pagara y el Estado se encargaría únicamente de brindar el servicio médico a la población más vulnerable, es decir, los indigentes. Así pues, paulatinamente se fue desmontando la participación del sector estatal en los gastos de salud y la participación del sector privado, tanto en la administración de recursos de aseguramiento como en la prestación de servicios fue cada vez mayor. Es importante precisar que el propósito explícito de pasar de un sistema estatal a uno de mercado libre nunca se ha cumplido al 100%, pero sus fundamentos han sido precisos en cuanto a que siguen la teoría de los derechos humanos en filosofía moral y a que aplican la teoría neoclásica en economía, la cual tiende a resolver los problemas de la opción moral por el mercado.

El Sistema de Salud Colombiano está regido por las políticas neoliberales. La confianza en el mercado propició la introducción de la competencia, en el entendido de que haría más eficientes el acceso, la calidad y el servicio. Sin embargo, la economía especulativa generada por las políticas neoliberales afecta al sistema; la rentabilidad que debe tener la inversión privada en el campo de la salud, en un ambiente de financiarización, repercute en barreras de acceso para la población y en

mayores recursos presupuestales para garantizar que la población pobre pueda hacer uso de los servicios de salud¹⁷⁷.

Los lineamientos de los OEI plantean serios desafíos a la política pública de salud en los países en vía de desarrollo, porque al no contar con un sistema de solidaridad social adecuado para poder financiar el aseguramiento de los menos favorecidos y han generado mayores niveles de exclusión social, desigualdad e iniquidad.

5. Política Social y Salud

Es evidente que la Política Social es el centro de la gestión pública y por consiguiente parte inseparable del debate político para los gobiernos y la sociedad. El concepto de Política Social es difícil de acotar por cuanto responde a diferentes concepciones, enfoques teóricos, y afecta tanto a los individuos como a la distribución de los recursos materiales en una sociedad. Su concepto es polisémico, es decir, que se encuentran tantas definiciones como autores han escrito sobre el tema. En términos genéricos se podría definir Política Social como el “diseño y la ejecución programada y estructurada de todas aquellas iniciativas adoptadas para atender una serie de necesidades consideradas básicas para la población.”¹⁷⁸ Las necesidades pueden variar acorde con la evolución de las sociedades. Dentro de ellas figuran: la salud, la educación, la jubilación digna, el derecho al trabajo, la defensa del medio ambiente, la protección al menor, la defensa de la igualdad entre los géneros, la protección a la tercera edad y en general el mantenimiento de unas condiciones generales que impidan la marginación social en cualquiera de sus formas.

¹⁷⁷RUBIO, Mauricio. Fallas de mercado, regulación y fallas de gobierno, Revista Universitas Económica, 1994, En: RODRÍGUEZ SALAZAR, Óscar. Hacia una reforma del sistema de seguridad social: Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia-CID y Ministerio de Salud, 2002, p. 18.

¹⁷⁸ALEMAN BRACHO, Carmen y GARCES FERRER, Jorge, Política social. Madrid, McGraw Hill, 1997, p.34.

El término *Política Social*, empezó a utilizarse a mediados del siglo XIX para referirse a una especie de teoría de regulación de los fines sociales que fuese diferente de la política jurídica imperante en ese momento dentro de la teoría del Estado. Históricamente la idea de Política Social ha estado y está unida a la figura del Estado. “De hecho, podría entenderse la Política Social como el instrumento característico del Estado moderno que ha permitido, por un lado, limar los conflictos sociales que venían arrastrándose desde el siglo XIX, y, por otro, conseguir alcanzar un grado de equiparación social (una especie de igualdad social, no totalmente realizada).”¹⁷⁹ Esta forma de bienestar colectivo ha caracterizado a los países europeos desde finales de la segunda Guerra Mundial y se denomina Estado benefactor, y/ o Estado protector, aunque el término más conocido es el de Estado de Bienestar o Welfare State.

El principio sobre el que se soporta la Política Social característica del Estado de Bienestar, en temas básicos tales como la Educación y la Sanidad, es que todos los ciudadanos deben ser tratados de igual forma, aunque no todos contribuyan financieramente de igual manera, sino que lo hacen en función de sus rentas propias y de su trabajo, es decir, en función de sus capacidades. De tal manera que el Estado cumple un papel de recaudador y redistribuidor; lo que ha hecho que el gasto social ocupe un lugar muy importante dentro del gasto público y en relación con el PIB.

Es bueno recordar que el término de Política Social abarca a toda la población y no únicamente a ciudadanos que atraviesan circunstancias especialmente adversas. “La moderna Política Social no debe ser confundida con las antiguas Leyes de Pobres, diseñadas especialmente para atender a ciertos individuos (los pobres).”¹⁸⁰ Lo cual no significa reconocer que existen individuos y grupos sociales que necesitan más que otros.

La viabilidad de desarrollar Políticas Sociales se da gracias a la consolidación en la figura del Estado Social, el cual, como forma de ordenamiento colectivo permite

¹⁷⁹Ibíd. p. 35.

¹⁸⁰Ibíd. p. 37.

y necesita desarrollar fuertemente éstas políticas para garantizar el cumplimiento de los derechos fundamentales de los ciudadanos. Todo estado de Bienestar sería una forma de Estado Social, pero no todo Estado Social es un Estado de Bienestar.

Las Políticas Sociales responden al modelo de régimen político y al modelo económico y social que se ha escogido en el país. En este sentido y en tiempos modernos, la política social ha evolucionado con la inspiración de los diferentes regímenes políticos ya sea liberal, socialista o socialdemócrata. Por consiguiente, dada esa diversidad, cada política pública definirá lo que considere como “necesidades básicas” de la población, cuántas de ellas cubrirá, y el nivel de satisfacción y equidad a que se aspira. En general la discusión de cada una de las corrientes de pensamiento en que se apoyan las políticas sociales se mueven en el grado de garantizar el bienestar del individuo frente al bienestar colectivo. Los liberales tienden hacia el individuo mientras que los socialistas y social demócratas dan mayor énfasis a las políticas colectivas.

La concepción socialista considera la sociedad como una macro estructura. En esta corriente la política social tiene como objetivo, eliminar la desigualdad que resulta del hecho de que los individuos ocupan posiciones desiguales en la infraestructura productiva. Para los autores de orientación socialdemócrata tradicional (especialmente los anglosajones de influencia laborista),

“la política social implica intervención pública y colectiva dirigida a promover el bienestar social de los individuos...especialmente en aquellas esferas en donde es más fácil que se registre la desigualdad. Lógicamente, el mercado sobresale como uno de los terrenos desiguales por definición; de manera que la política social, asumiendo la forma de instituciones orientadas a mantener la integración y la cohesión sociales, se perfila como un potente mecanismo distributivo y redistributivo de los recursos y las rentas disponibles.”¹⁸¹

¹⁸¹Ibíd. p 41.

La corriente liberal plantea los siguientes principios: 1. La intervención del Estado en la sociedad civil y en la economía debe ser mínima. 2. La política social que desarrolla fuertes programas de intervención social puede coartar la iniciativa personal e individual y quiebra el libre juego de las fuerzas del mercado. 3. La economía debe desarrollarse de forma expansiva, eliminando la intervención estatal con lo cual se logra un mayor bienestar y riqueza para todos. Esta posición es moderada por autores como Galbraith o Dahrendorf, quienes plantean una mayor intervención estatal a través de las políticas sociales para contrarrestar las fuerzas del mercado y luchar contra la miseria y la pobreza. De una manera u otra, en la concepción liberal prima el bienestar individual y la Política Social tienen como objetivo garantizar la mejoría de las oportunidades individuales.

El neoliberalismo aporta a las ideas liberales conceptos como el mérito, la productividad, la profesionalidad, y mantiene el espíritu de la igualdad de oportunidades. Entre las características de la Política Social de corte neoliberal están la focalización del gasto hacia los más pobres; la creación de políticas de asistencia social, de privatización y descentralización, y el llamado a la participación comunitaria. A la par que se preconizan estas políticas, la relación salarial y la estabilidad en el trabajo se presentan como un privilegio para el conjunto de la población¹⁸²:

América Latina no ha estado ausente de los debates acerca de cuál debe ser el modelo adecuado de Política Social a aplicar, pero se entiende que todos los modelos se sitúan en el marco histórico del desarrollo y de crisis de las distintas formas de Estado. Existe un contrapunteo entre el de la integración social y el selectivo. Para el enfoque de integración social, el desarrollo es el concepto que orienta el cambio social, en el cual el Estado es el responsable de diseñar, coordinar, ejecutar y vigilar las Políticas Sociales; realiza “la coordinación vinculante estratégica” de los diferentes actores que participan en la sociedad. Así mismo, las Políticas Sociales

¹⁸²VALIER, Jacques. Les politiques sociales libérales, 1995, En: RODRIGUEZ. Hacia una reforma del Sistema de Seguridad Social, Op. Cit., p. 18.

deben tender a ser inclusivas y garantizar la satisfacción de necesidades de los más amplios sectores poblacionales. “Su estilo es el Universalismo y su instrumento esencial es el gasto público social, a través del cual se ejerce una acción redistributiva de la riqueza sobre la base de la equidad y la justicia social.”¹⁸³

El universalismo en cuanto a Política Social, se enfoca en toda la sociedad de manera general sin distinciones de clase, religión, edad, raza, orientación sexual o género. Siguiendo a Titmuss, es un enfoque institucional redistributivo que considera el bienestar social como una institución que proporciona servicios generales fuera del mercado basándose en el principio de necesidad. Sus principales características son: 1. No reconoce un límite fijo para los compromisos de bienestar público; considera que una persona enferma debe recuperarse completamente para reintegrarse al trabajo. 2. Tiende a desmercantilizar las preferencias como la base económica del individuo. 3. El Estado debe promover mecanismos de amplia solidaridad social y universalismo en razón a que la clientela de la Política Social es toda la población y existe la noción de responsabilidad social colectiva base de la ciudadanía compartida.¹⁸⁴

A la visión anterior, se enfrenta el enfoque selectivo, que está centrado en la rehabilitación y rescate de poblaciones en situación de desventaja extrema, a través de estrategias de focalización. Su base se soporta en el hecho de que el Estado al ser ineficiente tiene poca capacidad para regular los mecanismos económicos y distributivos del mercado, por lo cual los actores privados juegan un papel importante en la puesta en marcha de la política social. Combina instrumentos de asignación de recursos a los desfavorecidos al involucrar diferentes actores.

En el selectivismo, la Política Social se enfoca en las personas o poblaciones con necesidades específicas ya sea en el orden social, económico o político. Se basa

¹⁸³VALDEZ PAZ, Juan y ESPINA, Mayra, América Latina y el Caribe: La política social en el nuevo contexto. Enfoques y experiencias, Montevideo, Uruguay, UNESCO- FLACSO, 2011, p. 37.

¹⁸⁴Ibíd., p. 727-729.

en la premisa de que existen dos caminos naturales o socialmente dados para satisfacer las necesidades de un individuo: el mercado privado y la familia. Las instituciones de bienestar solo deberían intervenir cuando alguno de estos dos caminos no exista y solo de manera temporal. Sus características son: 1. La gran mayoría de la población puede contratar su propio bienestar y el Estado necesita intervenir solo cuando los canales normales de distribución fallan; en este modelo, el trabajo es una mercancía y el individuo recibe unos ingresos que le proporcionarán el bienestar que él quiera brindarse o comprar, o incluso que se merece de acuerdo a su valor en el mercado. Los sistemas marginales de bienestar están dirigidos hacia aquellas personas que son incapaces de auto-ayudarse, por esto los límites para los compromisos sociales son muchos y el Estado hace énfasis en las soluciones de mercado y en la auto-independencia de los individuos. 2. La clasificación por estratos le da el estatus al ciudadano. 3. Los programas sociales son temporales y están limitados a los recursos presupuestados y a las prioridades que el gobierno defina. La cobertura no se basa en la necesidad sino en el mínimo de hogares para quienes alcance la cantidad presupuestada. Este modelo ataca la pobreza absoluta de la población, es decir la que se asocia a la carencia de ingresos.

De acuerdo con Hernández, en la provisión del bienestar social, el universalismo es mejor opción que el selectivismo, porque “es el derecho que reconoce la sociedad a sus ciudadanos, permitiéndoles el acceso gratis, o lo más barato posible y universal, a los bienes indispensables para ampliar las capacidades y lograr la libertad real”¹⁸⁵. Desde ese punto de vista, todos los ciudadanos tienen el derecho universal a disfrutar de los bienes sociales o meritorios¹⁸⁶, y el Estado debe

¹⁸⁵Ibíd., p. 729.

¹⁸⁶HERNÁNDEZ, Diego. La universalidad como fundamento para el Diseño de la política social. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia, sine facta. Disponible en internet: http://www.docentes.unal.edu.co/dfhernandezl/docs/Universalism_SocialPolicy_DFHL.pdf, Consultado en: Mayo 14 de 2010.

“La universalidad como fundamento para el diseño de la política social, Op. Cit., p. 729: “Bienes meritorios: educación, atención a la salud, protección social, nutrición, vivienda y sus servicios básicos, así como las condiciones dignas de trabajo, lo que en conjunto significa el logro de las capacidades y habilidades necesarias para la plena participación social, económica y política de las personas”.

garantizarles el libre acceso a través de las políticas sociales creadas bajo supuestos democráticos. Por tanto, dichos bienes no pueden “ser provistos ni usufructuados por la propiedad privada o el capital privado; la sociedad en su conjunto, y como única dueña de dichos bienes, debe ser la que los administre y usufructúe con la ayuda del Estado, lo cual garantizará la equidad e igualdad de oportunidades para su acceso”¹⁸⁷.

Los diferentes enfoques de política social buscan disminuir los efectos negativos que puedan tener los modelos económicos y sociales escogidos por una determinada sociedad y a través de ellas buscan garantizarle a los ciudadanos un mejor bienestar, de tal manera que la forma en que se articula una política de protección social no es sino el resultado de un compromiso político social entre las fuerzas que actúan en el mercado y las instancias políticas de la sociedad.

Las políticas estatales de bienestar social tienen como finalidad integrar los conflictos sociales que emergen del desarrollo capitalista¹⁸⁸. En ese sentido una de las políticas es la de seguridad social, entendida como las acciones dirigidas a la reparación de las consecuencias de los riesgos sociales y a la organización de una redistribución financiera destinada a garantizar la seguridad económica de ciertas personas.

Dentro de los pilares de la protección social se encuentra la salud, la cual no es simplemente la ausencia de enfermedad sino que comprende varios factores que incluyen el bienestar del individuo y la comunidad. La protección de la salud no solamente cae en el campo de la prevención sino que incluye la asistencia y la rehabilitación para lograr el bienestar de la población y por consiguiente el logro de los objetivos que se trazan las políticas sociales.

¹⁸⁷Ibíd. p. 727-729.

¹⁸⁸MONEREO Pérez, José Luis y MORENO VIDA María Nieves, .Política social y Seguridad Social., en ALEMAN BRACHO, Carmen y GARCÉS FERRER, Jorge, Política social, Op. Cit., p. 179.

Así como el concepto de salud ha evolucionado, de la misma forma las políticas sociales en salud se han transformado en respuesta a las críticas y autocríticas de los sistemas de salud y en respuesta al cambio de necesidades sociales que dan lugar a tener diferentes líneas de acción en las políticas sanitarias.

Los escasos resultados derivados de la implementación de las recomendaciones del Consenso de Washington llevaron a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) a proponer para la región una política social “integral e integradora” de largo plazo que facilitara el acceso a recursos y a sistemas de protección basados en los principios de universalidad, selectividad, solidaridad y eficiencia, entendida esta en términos sociales y no individuales.

En la década de los años noventa el gasto social se incrementó a pesar de la reducción del Estado, y en la década siguiente el gasto siguió aumentando en seguridad y asistencia social, así como en educación, lo hizo en menor proporción en salud y muy poco en vivienda. “El escenario de estas dos décadas condujo a nuevas agendas y a la búsqueda de nuevos referentes teóricos y conceptuales; es así como en el nuevo milenio se va dando paso a la construcción paulatina de consensos en torno al reconocimiento de los derechos como fundamento del contrato social”¹⁸⁹.

Se plantea la necesidad de que las decisiones económicas y los modelos sociales tengan una inspiración en postulados éticos¹⁹⁰ que trasciendan la mirada reduccionista sobre el hombre moderno por parte de la corriente conceptual

¹⁸⁹CORREDOR MARTÍNEZ, Consuelo. La perspectiva de los derechos como referente de la política social: un legado de los años ochenta y noventa. En: CÁTEDRA. JORGE ELIÉCER GAITÁN. (I semestre de 2009). Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Un compromiso con los derechos económicos, sociales y culturales, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas y PNUD, 2010, p. 36.

¹⁹⁰Respecto de los planteamientos de Sen, véase HERNÁNDEZ, Andrés. Amartya Sen. Ética y economía. La ruptura con el Bienestarismo y la defensa de un Consecuencialismo amplio y pluralista, Bogotá, CIDER, Reunirse, Cuadernos de Economía, Universidad Nacional de Colombia, 1998, Disponible en internet: www.revistas.unal.edu.co/index.php/ceconomia/article/.../20796, Consultado en octubre de 2011; y GONZÁLEZ BONILLA, Jorge Iván. Ética, Economía y Políticas Sociales, Medellín, Corporación Región, Serie Pensamientos, abril de 2006.

predominante en la economía, esto por cuanto se ha creado una brecha entre la economía y la ética. La hipótesis de Sen es que si se hace una incorporación de la ética a la economía, los aportes técnicos de esta ciencia a la sociedad tendrían mayor dimensión y podrían lograrse niveles de equidad que se correspondieran con las necesidades reales y específicas de la población¹⁹¹.

A partir del desarrollo de los enfoques de salud implantados¹⁹² en las últimas dos décadas, hoy en día se están replanteando los modelos de protección social en general y en salud, que se esbozan en la siguiente tabla, y sobre los cuales se centran los programas de investigación en salud en la actualidad, entre otros, en América Latina.

Tabla 3. Enfoques sobre salud y Protección Social. Propuestas

	PROPUESTA	FUNDAMENTOS	CRÍTICAS
BANCO MUNDIAL	Nueva Protección Social	Combate a la pobreza con el Manejo Social del Riesgo: arraigo en el mercado, es una salida a las formas tradicionales de protección del Estado Benefactor	Aumenta la exclusión, iniquidad y partición de los sistemas de salud, focalizando por sectores y dejando el resto al mercado.

¹⁹¹ SEN, Amartya. Sobre ética y economía, Madrid, Alianza Editorial, 1989, p. 20-26, En: CARDONA, Álvaro, NIETO L., Emmanuel y MEJÍA, Luz Mery. Factores relacionados con el no aseguramiento en salud de los trabajadores cesantes en la ciudad de Medellín, Colombia, 2007. En: OPS. Protección social en salud en América Latina y el Caribe: investigación y políticas, HERNÁNDEZ BELLO, Amparo y RICO DE SOTELLO, Carmen (ed.), Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, 2011, p. 14.

¹⁹²Véase, de manera destacada, RODRÍGUEZ SALAZAR, Óscar. Programas de investigación y políticas públicas en los sistemas de protección social. En OPS. Protección social en salud en América Latina y el Caribe, Op. Cit., p. 35-68. En este artículo se presenta el debate sobre la protección social, liderado por sociólogos y economistas en torno a las tesis de manejo social del riesgo y las tesis de derechos sociales. Estas dos alternativas teóricas se asocian, una con el individualismo metodológico, y otra con el llamado estructuralismo abierto. La primera, liderada por las agencias multilaterales como el Banco Mundial, y la otra, basada en la mediación entre los distintos órdenes que operan en la sociedad. Esta última tendencia brinda la posibilidad de que en el contexto de un proceso histórico, los grupos puedan modificar la sociedad y el individuo juegue un papel significativo dentro del cambio social.

	PROPUESTA	FUNDAMENTOS	CRÍTICAS
CEPAL	Pacto de cohesión social	Reducir las brechas; crear un sentido de pertenencia de los individuos a la sociedad; mejorar el acceso al bienestar y protección social. En salud, hacer modelos solidarios; cotización obligatoria no sujeta a la situación de empleo; revisión de costos y eficiencia en la asignación de recursos. El capital humano que produce beneficios económicos es lo importante.	Implica intervenir no solo las políticas de salud sino las de vivienda, infraestructura, agua potable y saneamiento, seguridad alimentaria, etc. Se requiere de la transformación de los servicios de salud.
OIT	Generación de empleo y trabajo seguro decente, y en condiciones de igualdad.	Se basa en los derechos humanos a la salud y a la seguridad social y su relación con los derechos al trabajo. Lograr la cobertura universal en salud: acceso efectivo, calidad y protección financiera en caso de enfermedad.	El financiamiento, apoyado en los recursos fiscales, microseguros y prestaciones contributivas, y costeadas por el Estado. El difícil control y regulación a los actores participantes del sistema.
OPS	Políticas saludables de salud	Satisfacción de las necesidades de salud del individuo, garantizada por la sociedad, independiente de la capacidad de pago. La salud es un derecho exigible y de obligatoria garantía por parte del Estado.	Su no cumplimiento genera exclusión e inequidad.

Fuente: HERNÁNDEZ, Mario et al. “La superación de la exclusión social en la región andina de América Latina: debates e implicaciones. Informe final del Grupo Colombia-Nodo conjunto regional para América Latina para la Red de Conocimientos sobre Exclusión Social (SKKN) de la Organización Mundial de la Salud-OMS, manuscrito inédito, En: Protección social en salud en América Latina y el Caribe: investigación y políticas. Ob. Cit., p. 1. Notas: [1]¹⁹³ [2]¹⁹⁴.

CONCLUSIONES

Un Estado Social de Derecho (ESD) debe garantizar los derechos fundamentales de los ciudadanos. En la Constitución Política de 1991 Colombia adoptó el ESD como una forma de Estado, concibiendo inicialmente la salud como un derecho fundamental en conexidad con el derecho a la vida; con la sentencia T-760 de 2008 se

¹⁹³ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). Departamento de Seguridad Social. Protección Social de Salud: una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia Médica. 2007. En: Protección social en salud en América Latina y el Caribe: investigación y políticas. Op. Cit., p.15.

¹⁹⁴ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. 2003 En: Protección social en salud en América Latina y el Caribe: investigación y políticas. Op. Cit., p.15.

le dio a la Salud el carácter de derecho fundamental, lo que posteriormente fue ratificado en la Ley Estatutaria de Salud de 2015, conforme a los lineamientos de los Organismos Políticos Internacionales.

En un ESD la salud debe ser prestada y garantizada por el Estado, de allí que este derecho se encuentre asociado al desarrollo de la democracia para alcanzar la equidad, en un sistema político y se le reconozca al ciudadano el derecho a exigirlo.

No obstante, los Organismos Económicos Internacionales, como el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en función de restablecer el equilibrio fiscal de los países y bajo la concepción de la salud como un servicio, plantea un modelo económico en salud con énfasis en el mercado, la focalización de subsidios y el manejo de riesgos individuales, buscando prioritariamente la eficiencia financiera en detrimento de la equidad y la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Al revisar las corrientes de pensamiento económico, se encuentran tres visiones relevantes, la primera es la de Keynes y sus seguidores como Stiglitz y Krugman, quienes plantean que el Estado debe intervenir en la economía para regular las fallas del mercado; la segunda es la ortodoxa, planteada por los economistas neoclásicos, en la cual el Estado debe intervenir lo menos posible bajo la premisa de que el mercado crea sus propias reglas. Arrow señala, que el tema de salud es mucho más complejo, por cuanto se maneja una alta incertidumbre en el riesgo de salud y se presentan fallas debido a altas externalidades, se reúnen bienes públicos, cuasi-públicos y privados, se presentan asimetrías de información y problemas de selección adversa, entre otros; es por ello que en el mercado de la salud se hace necesaria la intervención de los gobiernos para que se realicen las correcciones y se equilibre el mercado. En este punto, los neo institucionalistas han desarrollado planteamientos teóricos para el análisis de los contratos y de los costos de transacción.

Una tercera, es la visión heterodoxa, en la que se destaca la escuela de la regulación para el análisis del sector salud, en la medida en que se plantea que el Estado en su forma institucional puede modular tanto los intereses sociales, como los políticos e intereses del mercado. Este enfoque analiza cómo la organización de las autoridades públicas se relaciona con la dinámica económica.

La Política Social hace parte de la gestión pública ya que a través de ella se diseña y se ejecutan las iniciativas para atender las necesidades básicas de la población. La Salud se constituye en una necesidad básica que debe contar con enfoques acorde con el régimen político y económico de un país; estos enfoques son principalmente el de integración social y el de carácter selectivo. El primero, es un enfoque institucional redistributivo que considera el bienestar social basado en el principio de necesidades, el cual debe cubrirse a través de gasto público social con miras a lograr justicia social y equidad. A la visión anterior, se enfrenta el enfoque selectivo el cual está centrado en la rehabilitación y rescate de población en situación de desventaja extrema a través de estrategias de focalización. Se fundamenta en el hecho de que el Estado al ser ineficiente tiene poca capacidad para regular los mecanismos económicos y distributivos del mercado, por lo cual, los actores privados juegan un papel importante en la puesta en marcha de la política social. Este último es el que se ha implementado en Colombia desde los años noventa.

Colombia desde finales de los años ochenta inició un proceso de apertura económica, reforma del Estado y adoptó una nueva Carta Constitucional en 1991. En Salud, estos cambios se cristalizaron con la adopción de la Ley 100 de 1993 bajo el esquema propuesto por los OEI, quienes impulsaron la puesta en marcha del Modelo de Pluralismo Estructurado. La racionalidad económica del mercado que se ha impuesto en gran parte del sistema de salud termina yendo en contravía del derecho a la salud por lo que fue necesario indagar las bases teóricas de índole económico y político sobre las que se construyó el sistema.

En el siguiente capítulo se busca realizar una aproximación histórica al desarrollo de la salud y a los aspectos políticos y económicos que dieron paso a la adopción en Colombia del modelo de aseguramiento en salud.

II. ANALISIS HISTORICO DE LA SALUD EN COLOMBIA Y EL CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO Y ECONÓMICO PREVIOS A LA LEY 100 DE 1993

“La fragmentación del sistema de provisión de servicios de salud es la coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial. La presencia de numerosos agentes de salud que operan en forma desintegrada no permite la adecuada normalización de los contenidos, la calidad y el costo de la atención, y conduce a la formación de redes de provisión de servicios que no funcionan de manera coordinada, coherente o sinérgica, sino que tienden a ignorarse o competir entre sí, lo que genera incrementos en los costos de transacción y promueve una asignación ineficiente de los recursos en el sistema como un todo”.

Organización Panamericana de la Salud

El análisis histórico resulta útil para identificar los aspectos políticos y económicos que dieron paso a la adopción en Colombia del modelo de aseguramiento en salud en 1993. Se inicia con una aproximación histórica de la salud en Colombia a partir de la Constitución de 1886, desde donde se pueden establecer varias etapas: higienismo, salud pública, salud y desarrollo, hasta llegar al Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual terminó con el establecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Esta revisión conduce a evidenciar que en Colombia la atención en salud, desde la concepción inicial del “sistema”, se ha prestado por parte de diferentes subsectores tanto de índole público como privado que han dado lugar a un esquema fragmentado que dista mucho de conseguir el ideal de un sistema integrado de salud y seguridad social.

La prestación de los servicios de salud no es ajena a los procesos políticos y económicos que se han vivido en el país, por lo que es importante comprender como los aspectos de clientelismo, corrupción, cooptación del Estado, distintas formas de violencia, conflicto armado, desigualdades sociales y económicas, entre otras, afectaron la evolución de las políticas sociales en salud en el país.

En los años noventa se vivieron dos importantes procesos, el primero, de carácter económico, se inició en los años ochenta con los procesos de apertura e internacionalización de la economía del país bajo los lineamientos de los OEI, con el fin de buscar ajustes fiscales mediante la disminución del gasto público, la privatización de las empresas estatales y la descentralización de funciones estatales. El segundo proceso, de carácter político, influenciado por cambios económicos generó un proceso de reforma constitucional, que fortalecería al Estado, incrementando su legitimidad, y superando el carácter excluyente del régimen político. Los gobiernos de Virgilio Barco y Cesar Gaviria, así como los actores económicos y políticos que participaron en la Asamblea Nacional Constituyente, tuvieron a su cargo la reestructuración del Estado y el impulso a los nuevos arreglos institucionales que quedarían consagrados en la Constitución de 1991.

La Constitución Política de 1991 significó la consolidación jurídica del Estado Social de Derecho para que el Estado actuara en función de la búsqueda de la paz, la disminución de la violencia, la ampliación de la democracia y el reconocimiento de los derechos humanos, el fortalecimiento y relegitimación del Estado. Se creó la Corte Constitucional como garante de lo consagrado en la Constitución, especialmente lo relacionado con la protección de los derechos fundamentales y se creó la figura de la acción de tutela. La Corte debe vigilar que ni el Estado ni los demás actores incumplan con lo establecido en la Carta Magna como forma de salvaguardar la democracia.

Es importante resaltar que en Política Social, las corrientes: universalista (derechos fundamentales) y la selectivista o de focalización, (racionalidad económica del mercado) confluyeron en el capítulo de Seguridad Social de la Constitución, generando una permanente tensión debido a interpretaciones y lineamientos contradictorios.

A. CONTEXTO HISTORICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA SALUD EN COLOMBIA

La historiografía de la salud en Colombia se inicia a partir del periodo de la Regeneración, el cual corresponde al proceso de centralización que se comenzó en el país a partir de la Constitución de 1886. En ese periodo prevalecían los conceptos de salubridad, saneamiento e higiene pública. Los problemas que enfrentaba la sociedad tenían múltiples causas : existía malnutrición, deficiencia o inexistencia de servicios públicos como acueducto, alcantarillado y recolección de basuras, disposición de los cementerios y hospitales, entre otros; no había suficiente información sobre higiene privada y social; se presentaban recurrentes brotes de epidemias como viruela y fiebre tifoidea y eran frecuentes enfermedades como la tuberculosis, la lepra y la sífilis que se presumen fueron traídas por los colonizadores.¹⁹⁵

A partir de ahí, se pueden identificar varias etapas previas al Sistema de Seguridad Social en Salud adoptado en 1993: el higienismo (1886-1957); salud pública (1947-1957) ; salud y desarrollo (1958-1974); y SNS (1974-1993). Respecto a este último, su consolidación se realizó en la década de los setenta y la prestación de la salud se realizó por parte de: un Sistema Nacional de Salud, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, el sistema previsional público y un sector privado

¹⁹⁵ MIRANDA, Néstor. La medicina colombiana de la regeneración a los años de la segunda guerra mundial. Contenido en: Nueva Historia de Colombia, Tomo IV. Bogotá, Planeta, 1989, p. 258.

diseñado en parte bajo esquemas de seguros o de prepagos; el modelo se caracterizó por ser centralista, interventor y benefactor.

1. Reconstrucción histórica del Sistema de Salud en Colombia. Una aproximación.

Una presentación de la historiografía de la salud en Colombia se encuentra en el estudio “La Salud en Colombia. Estudio Sectorial de Salud”¹⁹⁶, donde se reconocen tres etapas previas al Sistema de Seguridad Social en Salud adoptado en 1993: el higienismo (1886-1957); salud pública (1947-1957) y salud y desarrollo (1958-1974); antes de llegar al SNS (1974-1993) y sus posteriores modificaciones.

De acuerdo con ese estudio, en un primer periodo (finales del s. XIX a 1950), el Estado se limitaba a la inspección y vigilancia, coacción y educación sobre la higiene y el ambiente, relacionándolas con las causas de las enfermedades. La salud ocupó un espacio en las constituciones políticas de la época, como “salubridad pública” en la actividad industrial y profesional (1886) y como “asistencia pública” a los incapacitados para trabajar (1936)¹⁹⁷. Otros aspectos relevantes que siguieron fueron: el paso del modelo primario exportador a un modelo de industrialización por sustitución de importaciones; los cambios demográficos del país y el inicio del proceso de urbanización.

Como dice González:

“Colombia transitó progresivamente de un modelo de salud heredado de mediados del siglo XVIII fundado en la caridad, desarticulado, en el cual los hospitales operaban como casas de albergue para los pobres enfermos,

¹⁹⁶ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. La Salud en Colombia: Diez años de información (1983-1993), Bogotá, 1994. , p. 1.

¹⁹⁷ Constitución Política de Colombia de 1886, art. 44. Ibid. p.1

con un enfoque preponderante de beneficencia pública, hacia acomodamientos paulatinamente versátiles y complejos, en los que la activa intervención del Estado, que se perfiló más claramente en los años 30 del siglo XX, se combinó con formas económicas de provisión de servicios en salud provenientes de los ámbitos privado, solidario y cuasi público”¹⁹⁸.

Varios fueron los organismos y dependencias gubernamentales a los que se les asignaron funciones al respecto¹⁹⁹:

- Junta Central de Higiene (1886)
- Ministerio de Gobierno - Consejo Superior de Sanidad (1913)
- Ministerio de Instrucción Pública - Junta Central de Higiene (1918)
- Ministerio de Agricultura y Comercio (1920)
- Ministerio de Instrucción Pública - Dirección Nacional de Higiene(1923)
- Presidencia de la República - Departamento Administrativo de Higiene y Asistencia Pública (1934)
- Ministerio de Gobierno - Departamento Administrativo de Higiene y Asistencia Pública (1934)
- Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social (1938)
- Ministerio de Trabajo, Higiene y Seguridad Social - ICSS (1946)
- Ministerio de Higiene (1946)

Durante el siglo XIX, prevalecía el modelo de salud Higienista, el cual abarca de 1886 hasta mediados del siglo XX. La razón del nombre de este periodo obedece a la idea de que la enfermedad es “una consecuencia de la exposición a unas condiciones ambientales inadecuadas que pueden ser corregidas por medidas

¹⁹⁸ GONZÁLEZ SALAS, Édgar. La política pública de salud y la fallida emergencia social: ¿hay soluciones?. En: CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. El laberinto de la seguridad política. En: Revista Política Colombiana N° 4, abril-junio de 2010, p. 103.

¹⁹⁹ SÁNCHEZ R., Joel D. El Estado y la Administración Pública, En: *Ibíd.*

higiénicas”, planteamiento que se vio reforzado con el surgimiento de la teoría microbiana a finales del siglo XIX.²⁰⁰

Para comienzos del siglo XX el perfil epidemiológico había sido heredado del siglo XIX, en el cual la lepra, el bocio, la tuberculosis, la viruela, la fiebre tifoidea, el paludismo, la fiebre amarilla, la disentería, la sífilis, la parasitosis y el cólera entre muchas, eran las patologías predominantes.

El estudioso Mario Hernández²⁰¹, se preguntaba la razón de que a mediados del siglo XX el Estado Colombiano hubiera establecido una “organización donde aparecían todas las formas de prestación de los servicios de salud, sin lograr el predominio estatal, si la tendencia internacional de la época apuntaba a la atención médica organizada por el Estado a través de un servicio único de Administración Pública o de un modelo de seguridad social”²⁰².

Con un enfoque sociopolítico, realizó un análisis crítico de los sucesos históricos que ocurrieron entre 1910-1946, partiendo de los intereses, posturas y tensiones de los actores que intervenían en el diseño y desarrollo de las políticas de salud, iniciando con el reconociendo del conjunto de redes de poder organizadas y superpuestas, que “constituye una posibilidad de exploración de la articulación entre las políticas estatales, como las de salud y seguridad social, y las relaciones económicas, sociales y políticas en una sociedad particular”²⁰³. Los resultados de este análisis sobre la formulación de políticas de salud en la primera mitad del siglo

²⁰⁰ YEPES, Francisco José. La salud en Colombia. Análisis socio-histórico. Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación. Bogotá, 1990. p.24.

²⁰¹ Un análisis crítico de la historia de los sistemas de salud en Colombia, para el siglo XX, se encuentra en HERNÁNDEZ, Mario. La OPS y el Estado Colombiano. 100 años de Historia 1902-2002, Bogotá, 2002, Disponible en internet: www.col.ops-oms.org/centenario/libro/OPS_y_estado_colombiano_100.doc, Consultado en junio de 2009.

²⁰² *Ibíd.*

²⁰³ HERNÁNDEZ, Mario. La salud fragmentada en Colombia 1910-1946, en Gerencia y Políticas de Salud, Vol. 2, N° 4, junio de 2003, p. 104.

XX fueron organizando en tres períodos, de acuerdo con los principales cambios en la política de organización de los servicios de salud.

El primer período, comprendido entre 1910 y 1929, se caracterizó por el cuestionamiento al modelo paternalista sustentado en la caridad pública y privada que se venía desarrollando desde finales del siglo anterior. En este período, la transformación en la organización de los servicios de salud fue apenas incipiente, y en él se destacaron: la presencia de la beneficencia adelantada por la Iglesia; la política de higienización en la atención a los trabajadores y campesinos por la vía patronal, y el ejercicio privado realizado por los médicos, con su presencia también en los otros escenarios²⁰⁴.

El segundo período, comprendido entre 1930 y 1938, se caracterizó por el reconocimiento de los derechos laborales y de salud a la clase obrera y dio lugar a un modelo de Estado interventor que, a través de las políticas sociales y laborales, legalizó la incorporación de los sectores inconformes al sistema de previsión y seguridad social. Al final del periodo se creó el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social²⁰⁵. La política social y sanitaria se transformó a partir de los años 30, coincidiendo con el fin de la “hegemonía conservadora” y el inicio de la república liberal. El Estado dejó de ser el guardián de la propiedad privada y garante del orden público interno y de la seguridad en las fronteras, para tener un papel más activo en los aspectos económicos y sociales de la nación.

Según el estudio de Hernández, en el tercer período (entre 1939 y 1946)²⁰⁶ se avanzó en el proceso de modernización e industrialización de la economía nacional. Este estudio permite reconocer cuatro subsectores históricos en la prestación de los

²⁰⁴ *Ibíd.*, p.104

²⁰⁵ *Ibíd.*, p.105.

²⁰⁶ *Ibíd.* p.106

servicios de salud en el país: la higiene y asistencia pública; la atención médica privada, y la previsión y seguridad social (Tabla 4).

Tabla 4. La salud en Colombia, 1938-1950. Configuraciones sociopolíticas

	Configuraciones
Servicios de salud	Fragmentación establecida: <ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Higiene (1946) y Ministerio de Salud Pública (1953): Higiene y Asistencia Pública - Beneficencia se sostiene con autonomía y escaso control estatal. - Caja Nacional de Previsión (1945) para empleados oficiales del nivel nacional - Instituto Colombiano de Seguros Sociales (1946) para trabajadores privados limitado - Consolidación de Servicios autónomos para cafeteros (desde 1938) - Práctica médica liberal controlada por médicos - Prácticas médicas populares autónomas
Campo de la salud	La hegemonía liberal de la salud se sostiene (ligada a la propiedad y la caridad), con base en: <ul style="list-style-type: none"> - Higiene como asunto “autónomo, técnico y apolítico”, producto de alianza entre higienistas, gremio médico y agencias estadounidenses de salud. - Persistencia de alianza entre poder regional, Iglesia y beneficencia. - Trabajadores divididos (empleados, obreros, campesinos) con luchas por sectores - Gremio médico frente a Seguro social, lucha por ejercicio privado y control del ejercicio profesional
Sociedad nacional	Hegemonía del modelo liberal de desarrollo con intervencionismo estatal orientado a “crear capital nacional” y “protección mínima”, basado en: <ul style="list-style-type: none"> - Proyecto de Estado neutro, corporativismo liberal y armonía entre clases - Sistema político cerrado, bipartidista, sin partidos modernos en competencia - Anticomunismo, transformación del Partido Comunista a PSD, sindicalismo debilitado - Polarización desde populismo y franquismo, en el marco de los partidos tradicionales - Persistencia y orientación hacia eje económico y político de Estados Unidos

FUENTE: Hernández Álvarez, Mario. Fragmentación de la salud en Colombia y Argentina. Una comparación sociopolítica, 1880-1950. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, 2004.

Según el propio Hernández, la formulación de las políticas de salud fueron la “resultante de la interacción conflictiva entre diversos actores sociopolíticos, con fuerzas correlativas cambiantes, con diferentes intereses y estrategias, y con mayor o menor éxito en la definición de las decisiones públicas del sector”²⁰⁷. Así mismo el estudio concluyó que si bien el proceso de formulación de las políticas estuvo

²⁰⁷ *Ibíd.*p.108

dirigido por tendencias internacionales, al ser puestas en marcha en el país ocurrió un proceso de mediación dado por las tensiones y conflictos producidos entre los diferentes actores sociales involucrados en el proceso de formulación, implementación y seguimiento de éstas.

En el transcurso de las décadas de los cuarenta a los sesenta, los hospitales serían bautizados por el gobierno como “Instituciones de Utilidad Común” y tendrían financiación estatal por medio de los denominados “auxilios”, término que implicaba transferencia de recursos sin contraprestación²⁰⁸.

En 1945 se creó la Caja Nacional de Previsión (CAJANAL) con lo cual se dieron las primeras bases al Sistema de Seguridad Social en Colombia. En 1946 se produjeron cambios radicales en las políticas de salud, se creó el Ministerio de Trabajo, Higiene y Seguridad Social así como el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) posterior Instituto de Seguros Sociales ISS. La base conceptual e ideológica de las instituciones de seguridad social nació en Alemania bajo los lineamientos del canciller Otto Von Bismarck en 1870, con la Ley del Seguro Social Obligatorio.

Con la emigración de trabajadores europeos en la era de postguerra hacia el Cono Sur, se crearon sistemas de seguridad social en América Latina, auspiciados además por la OIT y la influencia del Plan Beveridge de Inglaterra, el cual se creó en 1942 como una de las medidas para la reconstrucción del país después de la segunda Guerra Mundial.

²⁰⁸VIVAS R., Jorge, et al. El Sistema Nacional de Salud, Bogotá, Fedesarrollo y Organización Panamericana de la Salud, 1988, p. 17, ob.cit En: MINISTERIO DE SALUD. La Salud en Colombia. Diez años de información 1983-1993. 1994.

En Colombia, las prestaciones sociales fueron reconocidas desde principios del siglo XX y fueron llamadas prestaciones patronales, esto fue previo a la creación del ICSS y de CAJANAL. Debido a la incapacidad de las empresas de soportar económicamente la carga prestacional y teniendo en cuenta la modernización industrial, se planteó la necesidad de crear un sistema de seguridad social como un mecanismo “organizacional separado de las empresas, que se encargara del manejo de las prestaciones y garantizara financieramente las obligaciones de los patronos y los derechos adquiridos por los trabajadores, independientemente de la solvencia o insolvencia económica de las empresas”²⁰⁹. Es así como surge la seguridad social para los trabajadores como una forma y un método especial de manejo y garantía de las prestaciones conocido como los seguros sociales obligatorios, que garantizaba el acceso de los trabajadores a sus prestaciones sociales. Las prestaciones asistenciales para la población vulnerable y no asalariados quedaron sin fuentes fijas de financiación y sujetas al vaivén de la buena voluntad ciudadana y/o a las disponibilidades fiscales, sin tener un mecanismo que las garantizara.

En nuestro país, existió una clara diferenciación entre el sistema de los trabajadores privados (seguridad social -ICSS) y el de los funcionarios públicos conocido (previsión social). Este último tuvo un desarrollo atomizado en diferentes instituciones, como la Caja Nacional de Previsión, que cubrió una parte del sector central del gobierno nacional; por otro lado cada entidad que contaba con adecuados recursos creó su propia entidad previsoras (las Fuerzas Armadas, la Policía, el sector de telecomunicaciones, el Congreso de la república, Ecopetrol y la Superintendencia de Notariado y Registro y las cuatro universidades públicas más importantes, entre otras), constituyeron paralelamente instituciones nacionales del mismo tipo.

²⁰⁹JARAMILLO, Iván. El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993 cinco años después. Bogotá. FESCOL, FES, FRB, Fundación Corona. Cuarta Edición, 1999.p.30.

De otra parte, a los departamentos y municipios, les tocó, de la misma forma, crear entidades de previsión con el fin de cumplir con sus obligaciones prestacionales, lo que a su vez les sirvió para cumplir con compromisos clientelares. Esto condujo a conformar un “sistema público desarticulado, disperso y, sobre todo, sin mecanismos de solidaridad lo cual llevó a tener entidades de buena y mala calidad, y de excelente o precaria situación financiera”.²¹⁰

En 1953 ocurrieron algunos hechos en el plano institucional y el antiguo Ministerio de Higiene cambió su nombre por el de Ministerio de Salud Pública, de acuerdo con la orientación salubrista de la época.

El periodo (1958-1974) correspondió al proceso de génesis, desarrollo y declinación del Sistema Nacional de Salud.²¹¹ La formación del Sistema ocurrió en un momento en el que las tendencias “higienistas” se reafirmaron y a la organización de los servicios de salud se les dio una orientación técnica y salubrista, en el contexto del movimiento internacional de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud –OPS– y del Plan Marshall en Estados Unidos.

La salud pública se entendió como la salud del pueblo en general, y la medicina preventiva actuó sobre las enfermedades, la prolongación de la vida, la promoción de la salud física y mental y la eficiencia en los esfuerzos de la comunidad, se afianzó en el primer período de esta etapa integrándose a la dinámica del desarrollo. Los conceptos de higiene, salud pública, saneamiento ambiental y medicina preventiva formaron parte del lenguaje de los profesionales médicos, auxiliares, funcionarios gubernamentales y políticos.

²¹⁰SÁNCHEZ R., Joel D. El Estado y la Administración Pública, Op. Cit., p.31.

²¹¹ JARAMILLO, Iván. Op. Cit. p.31

Este amplio proceso de transformación, tenía como telón de fondo una serie de acontecimientos internacionales como la guerra fría entre USA y URSS, y la extensión de dicha confrontación a Latinoamérica, vía la revolución cubana; el predominio del discurso de la planeación del desarrollo como instrumento para la superación del subdesarrollo y la consolidación del proyecto estadounidense de la Alianza para el Progreso. En particular este proyecto resaltaba la necesidad de alcanzar el desarrollo económico y social por la vía de la democracia y no de la revolución.

La salud fue objeto de esas influencias. Hacia 1963, se redactó El Plan Decenal de Salud de las Américas, el cual sostenía que “una población sana y activa es fundamental para la economía y el progreso social. La salud es, por tanto, componente esencial del desarrollo y del nivel de vida. Los fondos que se erogan para el cuidado de la salud representan una inversión, una fuente de productividad y no un gasto”²¹². Se promovió la ampliación de cobertura a mínimo costo y administración de la asistencia médica por parte del Estado. Como consecuencia de esta orientación económica la comprensión de la salud-enfermedad pasó de un enfoque unicausal (que no toma en consideración la etiología multifactorial de la enfermedad) a un enfoque multicausal de la enfermedad (múltiples causas para una misma enfermedad).

A partir de 1966, el Estado empezó a asumir la responsabilidad de la prestación y financiación de los servicios, lo que se reflejó en un creciente desarrollo institucional, que paulatinamente estructuró el Sistema Nacional de Salud, dentro del modelo centralista y tecnocrático que se proyectó desde la Reforma Constitucional de 1968. Es así como desde mediados de los años sesenta entraron a operar los Servicios Seccionales de Salud, base de la nueva estructura organizacional y, con la aplicación y desarrollo del Plan Nacional Hospitalario (1969) y la concepción

²¹²YEPES, Francisco José. Op. Cit., p.50.

organizacional del Sistema de Regionalización de los Servicios con cuatro niveles diferenciales de atención médica, se empezó a consolidar el sistema²¹³.

De tal manera que hacia la mitad del siglo XX era evidente la dispersión de los servicios de salud y la presencia de un sistema de atención fragmentado:

“En esta etapa los sectores de menos ingresos seguían a buena cuenta aún de la asistencia clínica cuando se procuraban los servicios por entidades oficiales, o de beneficencia, cuando esta provisión nacía de los particulares. La asistencia pública se ampliaría progresivamente y tomaría la forma de un sistema oficial integrado, pero ello debía esperar un tiempo mayor, después de que en 1972 falló el intento de crear un Sistema Único de Salud”²¹⁴.

2. Del Sistema Nacional de Salud a un enfoque de aseguramiento. Continuación de la fragmentación

En su evolución en las décadas de los años 1970 a 1990 se encuentran nuevamente tres sectores fragmentados: 1) un Sistema Nacional de Salud (que toma fuerza desde 1975) centrado en la red pública y que desde 1984 (al filo de la crisis recesiva de la economía) comenzó su declive ante la reducción de los aportes presupuestarios que cayeron del 8% a menos del 4%, y con una cobertura inercial de 27% de la población en los años inmediatamente siguientes; 2) un sector constituido por el Instituto Colombiano de Seguros Sociales y el sistema previsional público tanto a nivel nacional como a nivel territorial (20% de cobertura, siendo el más bajo de Latinoamérica por entonces); y por último, 3) un sector privado diseñado en parte bajo esquemas de seguros o de prepagos, o bien bajo la modalidad de oferta directa privada de servicios (10% de cobertura)²¹⁵.

²¹³ VIVAS R., Jorge, et al. El Sistema Nacional de Salud, Bogotá, Fedesarrollo y Organización Panamericana de la Salud, 1988, p. 17, En: *Ibíd.*, p. 2.

²¹⁴ GONZALEZ SALAS. La política pública de salud y la fallida emergencia social. *Op. Cit.*, p. 104

²¹⁵ *Ibíd.*

El Sistema Nacional de Salud –SNS– se creó por medio del Decreto Ley 056 de 1975 con fundamento en la Ley 9ª de 1973, que confirió facultades extraordinarias a la Presidencia de la República para estructurar el servicio de salud, como una solución de compromiso entre los subsectores privado, de seguridad social y oficial. Para eso se utilizó un enfoque sistémico que articulara las diferentes instituciones prestadoras de servicios, con un modelo centralista de planeación, toma de decisiones y asignación de recursos, acompañado por una delegación funcional a los departamentos para la organización y la prestación de servicios de salud.

A partir de su creación se le dio una organización formal²¹⁶, como “el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad, en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación”²¹⁷. Se adoptó una estructura de organización con tres niveles de atención en red (I, II, III) según el modelo piramidal clásico con la mayor capacidad resolutive en la base, donde están los prestadores de menor complejidad y articulando la red de prestadores oficiales y los financiados por el Estado (hospitales universitarios, regionales, locales y a los centros y puestos de salud. En estos se combinaban hospitales y clínicas de origen público y privado)²¹⁸. Como la financiación de los hospitales era en su gran mayoría estatal con una asignación de acuerdo con planes y una proporción menor por venta de servicios, los

²¹⁶Como dice Hernández, “Antes de la creación e implantación del sistema Nacional de Salud, los servicios de salud estaban organizados con lógicas diferentes que se habían desarrollado desde comienzos de siglo y que se resistían a la integración por la vía estatal”, En: CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. Inclusión y exclusión social en Colombia, Op. Cit., p. 19.

²¹⁷COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Decreto 056 del 15 de enero de 1975, artículo 1º, Disponible en internet: ftp://ftp.camara.gov.co/camara/basedoc/decreto/1975/decreto_0056_1975.html

Consultado el 16 de octubre de 2011.

²¹⁸El origen de muchos de los hospitales como fundaciones –producto de herencias y legados, o de órdenes religiosas en sus primigenios años–, conllevaba de por sí la enorme contradicción de ser instituciones privadas para ejercer su autonomía y evadir la rendición de cuentas y responsabilidades, y públicas para recibir recursos del Estado y aportes de tecnología y equipos”. En: GONZALEZ SALAS. La política pública de salud y la fallida emergencia social. Op. Cit., p. 104.

hospitales fueron obligados a ser de propiedad del Estado, única manera de conservar esos aportes, a lo que muy pocos se resistieron.

El Instituto Colombiano de Seguros Sociales –ICSS– tuvo que acogerse a las nuevas reglas de juego y en 1977 fue reorganizado y transformado en el Instituto de los Seguros Sociales –ISS– a través de los Decretos Ley 1650 y siguientes, convirtiéndose en un establecimiento público, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

Iniciando los años ochenta era evidente que el SNS no era un verdadero sistema porque, entre otros aspectos, cada subsector se había desarrollado con total autonomía, generando desequilibrios e inequidades. Otro factor en contra de su integración fue el desprestigio de las inversiones en la construcción y dotación de hospitales. Por todo eso, en 1986 el gobierno elaboró el proyecto “Consolidación del Sistema Nacional de Salud”, para modernizar el SNS, y realizó el “Estudio Sectorial de Salud”. En los resultados sobre hospitales se mostró que su productividad había disminuido con la división en niveles de complejidad.

Retomando a González, el Sistema Nacional de Salud

“...pronto se evidenció insuficiente e ineficiente. La teoría de sistemas que lo inspiró fue concebida impecablemente, pero su desempeño fue contraevidente, en parte por su excesivo centralismo, por la crisis de financiación, por su paralelo con los otros sectores de salud –y la permanencia de la fragmentación de los recursos–, por su operación ausente de criterios de eficiente asignación de recursos y también, porque en él siguió predominando el enfoque de asistencia pública. La lógica económica con la cual se organizaron los servicios llevó a altos costos abiertos y crecientes, sin una efectiva solución de problemas de salud de la población”²¹⁹.

²¹⁹GONZALEZ SALAS. La política pública de salud y la fallida emergencia social. Op. Cit., p. 104

Paralelamente, a partir de los años 80 el Banco Mundial asumió el liderazgo en la fijación de políticas sociales en general y de salud en particular en términos económicos. “Los economistas de la salud, ubicados en las agencias multilaterales, como el Banco Mundial y el Fondo Monetario internacional, comenzaron a tener más incidencia en el diseño de las reformas sanitarias que los salubristas y planificadores de los organismos tradicionalmente encargados de estos asuntos, como OPS/OMS, UNESCO y UNICEF”²²⁰.

Esto llevó a que las agencias internacionales revisaran el Sistema Nacional de Salud colombiano, y argumentaran que éste no se ajustaba a sus lineamientos. No había un buen desempeño, se presentaba ineficiencia en los programas públicos, había desigualdad en la prestación de los servicios e insuficiencia de recursos para mantener un Sistema de Salud; por lo tanto, propusieron una reforma que incluyera, entre otros, cobros a los usuarios, toma de seguros frente a los riesgos, descentralización de los servicios y empleo de recursos no gubernamentales.

En esta época aparece el Sistema de Salud (1990-1993), con la expedición de la Ley 10ª de 1990, “por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud”, que provocó un nuevo reordenamiento administrativo y financiero del SNS. La reforma se fundamentó en la necesidad de mejorar los niveles de eficiencia fiscal y administrativa para la utilización de los recursos. El eje era la descentralización de los servicios de salud, de la Nación hacia los departamentos y municipios, pero ésta solo afectó a la red pública, sin involucrar a los subsectores de seguridad social y privado. Muchos proyectos de cooperación se articularon a través de la estrategia de los

220 OPS. La OPS y el Estado Colombiano, Op. Cit., con referencia a Hernández, Disponible en internet: [http:// www.col.ops-oms.org/centenario/libro/](http://www.col.ops-oms.org/centenario/libro/), Consultado en julio de 2011.

Sistemas Locales de Salud (SILOS), pero fue una estrategia inconclusa: vendrían tiempos turbulentos para el sector²²¹.

El nuevo Sistema tenía entre sus metas asegurar la ampliación de la cobertura y el mejoramiento de la calidad y oportunidad del servicio al interior del subsector oficial, interactuando y armonizando los esfuerzos de este último con los restantes subsectores y con otros sectores. De esta forma, se pretendía superar el anterior modelo de atención intramural, institucional y curativo, en pro de uno que abordara el proceso salud-enfermedad en sus diferentes componentes: prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación.

En 1990, la salud se elevó por primera vez al rango de servicio público. En adelante, a partir de dicho carácter del servicio, sería obligación del Estado garantizar su prestación y cobertura con calidad y oportunidad. El Estado debe formular las políticas, planificar los servicios y asegurar su prestación, directamente o a través de particulares. Para ello, debe regular, vigilar e intervenir, en caso necesario, su prestación. Es obligación del Estado financiar parcial o totalmente o cofinanciar los servicios de salud para la población²²².

Debido a razones políticas, dificultades asociadas a la financiación y a la fragilidad institucional, los logros obtenidos con la expedición y puesta en marcha de la Ley 10ª de 1990, en cuanto a la definición y desarrollo de los sistemas departamentales, distritales y municipales de salud, fueron escasos.

²²¹ARROYAVE Zuluaga, Iván Darío. La prestación de servicios de salud en Colombia. De la caridad pura a la facturación rasa. En: EL PULSO, Año 7, N° 89, febrero de 2006, Disponible en internet: <http://www.periodicoelpulso.com/html/feb06/debate/debate-01.htm>, Consultado el 1° de septiembre de 2010.

²²² MINISTERIO DE SALUD. La Salud en Colombia, Op. Cit., p. 6.

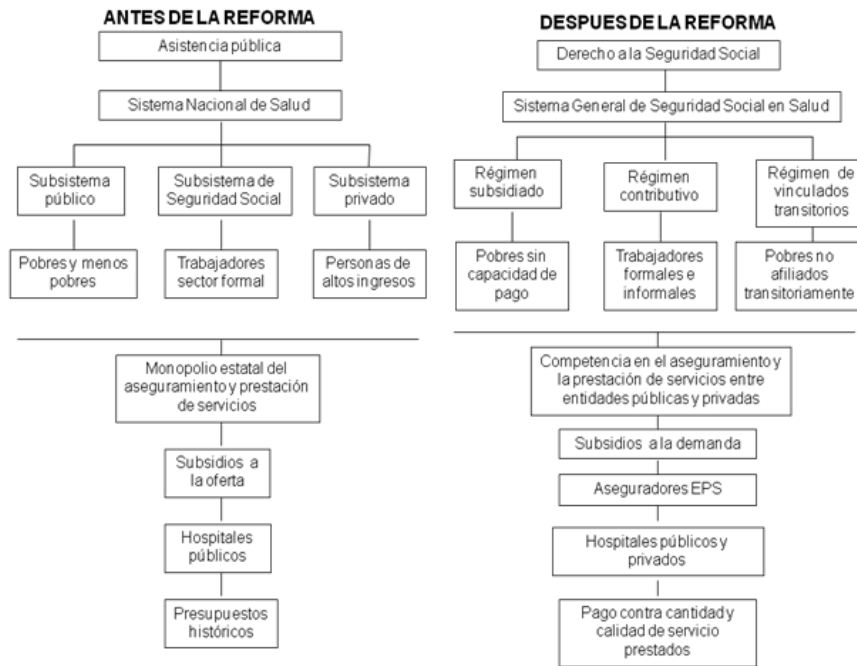
En 1991 se conocía la existencia de 1094 cajas o programas de previsión en todo el país, aunque la cobertura era de tan solo un 20.6% de la población colombiana. Los empresarios consideraban que a pesar de la poca cobertura, la seguridad social era un mecanismo financiero adecuado que garantizaba la solidaridad. Para completar la cobertura en prestaciones patronales, a la par con el ISS y CAJANAL, se crearon otras instituciones como las cajas de compensación familiar y los fondos de pensiones y cesantías. Las primeras, se crearon en el país en 1954 para manejar el subsidio familiar, otorgando compensación por los hijos pero neutralizando la selección patronal adversa de los trabajadores con familias numerosas. En la medida en que el número de hijos de las familias fueron disminuyendo, se presentaron superávits que las instituciones utilizaron, entre otros, para financiar programas de vivienda, de cultura, almacenes de consumo básico, como también para dar cobertura familiar en salud.

Se puede afirmar que en Colombia “hubo un proceso de integración y complementación entre los sistemas de seguridad y previsión social, por un lado, y las cajas de compensación familiar, por el otro. Adicionalmente, las deficiencias en materia de calidad y oportunidad en salud, seguridad y previsión, favorecieron la aparición de instituciones de medicina prepagada y seguros privados de salud.”²²³

Una vez agotado ese modelo, se dio origen a uno nuevo, que pasó de ser centralista a descentralizado, y de interventor-benefactor a ser asegurador en la prestación de servicios con menor intervención del Estado, el cual se concretó con la reforma de 1993. (Ver el siguiente gráfico).

²²³JARAMILLO, Iván. Op. Cit., p.32.

Gráfico 1. Diferencias esenciales entre el Sistema Nacional de Salud y la reforma a la Seguridad Social de 1993



Fuente: TRIANA HERNÁNDEZ, Hermes. La Ley 100 y sus 15 años, Bogotá, Instituto del Pensamiento Liberal, 13 de febrero de 2009, En: ZAMBRANO RAMÍREZ. Aspectos críticos en la política de salud, Ob. Cit., p. 78.

“Es así como se llega a la fundamentación de una nueva política pública que combina la descentralización, el fortalecimiento de recursos y un nuevo modelo de asimilación de los mismos, una integración mayor del esfuerzo del gasto país en salud, un cambio en los parámetros de focalización y en síntesis, [una] diferente concepción de la intervención del Estado en la gestión del servicio público de salud”²²⁴

²²⁴ GONZÁLEZ SALAS. La política pública de salud y la fallida emergencia social. Op. Cit., p. 105.

En lo sucesivo, la Nación sería el ente rector, normativo, planificador, asesor y cofinanciador; y las entidades territoriales, departamentales, distritales y municipales dirigirían y prestarían los servicios por niveles de complejidad: el primer nivel estaría a cargo de los municipios y el Distrito; el segundo y tercer nivel serían responsabilidad de los distritos y departamentos. Los demás subsectores, como la seguridad y previsión social, y el subsector privado, se deberían integrar al Sistema de Salud y a los sistemas territoriales de salud, a través de la planeación, complementariedad e integración funcional. La comunidad, a su vez, participaría en la planeación y coadministración de los organismos de salud.

González, en su reflexión sobre la política pública de salud, afirma: “El Sistema de Seguridad Social en Salud, que emerge de la reforma de 1993, es el ejemplo típico de la creación de un cuasi mercado, de competencia regulada y administrada y basado en un enfoque de pluralismo estructurado”²²⁵⁻²²⁶.

Y como dice Hernández, los subsectores nunca se han desdibujado ni han dado lugar a un sistema integrado de salud y seguridad social, y continúa la “fractura originaria”, dado que los servicios de atención a la enfermedad desde el comienzo y hasta nuestros días se han prestado de manera fragmentada, sin que haya sido superada por el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud.

²²⁵ *Ibíd.*, p. 105.

²²⁶ En el sistema anterior a la reforma el financiamiento del subsistema público se daba con fondos que otorgaba el Estado directamente a las instituciones prestadoras de servicios; en el subsistema de aseguramiento, con los aportes de trabajadores y empleadores, y en el sistema privado, con el pago directo o mediante sistemas de prepago (15% de la población). ÁLVAREZ CASTAÑO. El derecho a la salud en Colombia, Op. Cit., p. 130.

B. CONTEXTO ECONÓMICO Y POLÍTICO PREVIO A LA LEY 100 DE 1993

Colombia, como país Latinoamericano, se caracteriza por tener un Estado débil y una sociedad civil fragmentada en donde se puede encontrar clientelismo, corrupción, cooptación del Estado, distintas formas de violencia, conflicto armado, desigualdades sociales y económicas, entre otras. Estos fenómenos se evidenciaron en virtud de la reestructuración política y económica que vivió el país en los años 90. Como primera medida, el sistema político pasó por un proceso de reforma constitucional con el fin de fortalecer el Estado, incrementar su legitimidad, y superar el carácter excluyente del régimen político. Como segunda medida, la economía nacional se transformó al pasar un modelo que ponía su prioridad en el desarrollo del mercado interno a un modelo de apertura e internacionalización de la economía.

En América Latina y en particular en Colombia, se iniciaron una serie de modificaciones de las estructuras económicas y estatales que, a su vez, modificaron las relaciones entre la sociedad, la economía y la política. La reestructuración económica ha girado en torno a los lineamientos del Consenso de Washington, el objetivo, reducir el tamaño del Estado mediante la disminución del gasto público y la privatización de las empresas estatales; descentralizar las funciones estatales y transferirlas a los gobiernos locales; liberar los precios y las tasas de interés de control del Estado y, en general desregular la actividad económica; introducir la tributación regresiva; reducir los aranceles y las barreras al comercio exterior; y flexibilizar el mercado de trabajo.

Estas reformas se introdujeron en Colombia desde finales del gobierno de Virgilio Barco y durante el gobierno de Cesar Gaviria, con el fin de hacer la transición del modelo económico de industrialización por sustitución de importaciones a uno de apertura e internacionalización de la economía. Estos dos

gobiernos, en particular el de Gaviria partieron del diagnóstico elaborado por el consenso de Washington para el conjunto de las economías de América Latina. Sin embargo, con relación a este diagnóstico es necesario precisar dos cosas; la primera, en Colombia la política de apertura económica no surgió como consecuencia de la crisis de los ochenta ya que el país tenía poca deuda externa, moderada tasa de crecimiento de la economía, estabilidad en la tasa de cambio y bajo nivel de inflación. En segundo lugar, se ha señalado que el intervencionismo estatal y la industrialización fueron muy débiles en Colombia, debido, entre otras cosas al alto peso de los intereses agrarios y a la baja producción agropecuaria en la actividad del país. Por lo anterior ni el proteccionismo estatal ni el modelo de desarrollo hacia adentro, se considerarían como causas de los problemas estructurales de la economía colombiana.

La decisión de adoptar las políticas del Consenso de Washington para cambiar el modelo económico del país se basaron en un inadecuado diagnóstico soportado en las tendencias globales y no en la historia de la economía colombiana.

“En la coyuntura que atravesaba el país en aquel entonces, dicha decisión resultó paradójica, puesto que mientras para cambiar la estructura político institucional mediante la Asamblea Nacional Constituyente (ANC), hubo un amplio proceso de consulta con casi todas las fuerzas políticas y sociales, la adopción del modelo neoliberal de desarrollo se hizo de manera unilateral e inconsulta, lo cual refuerza la confrontación entre los partidarios de los dos proyectos de sociedad”.²²⁷

En materia constitucional, el país se regía por la Carta de 1886, la cual había sido objeto de varios ajustes. A raíz de una reforma en 1957, la Constitución no podía ser modificada, pues se había establecido que cualquier reforma debería contar con un acto legislativo proveniente del Congreso. El Constituyente primario (el pueblo),

²²⁷ORJUELA ESCOBAR, Luis Javier. La sociedad colombiana en los años noventa: Fragmentación, legitimidad y eficiencia. Bogotá, UNIANDES-CESO. 2005. p.114.

inducido por el bipartidismo, había propendido para que no se diera el cambio de Constitución. Hasta 1990 se hicieron varios intentos de reforma, pero la Corte Suprema de Justicia declaraba su inconstitucionalidad bajo el argumento de que la Carta solo podría ser reformada por el Congreso de la República.

Al ganar las elecciones presidenciales para el periodo 1990-1994, Cesar Gaviria previo a su posesión, realizó un acuerdo político con el partido conservador y con el M-19 ya desmovilizado, para determinar las condiciones de la convocatoria a una Asamblea Nacional Constituyente (ANC). A finales de ese año, se realizó la consulta y simultáneamente la elección de los miembros a la ANC. Además de los partidos tradicionales, liberal y conservador, fuerzas políticas de diversa índole como los grupos desmovilizados y minorías como los indígenas, las mujeres y los grupos religiosos diferentes al catolicismo, lograron incluir sus delegatarios.

Con esta amplia participación se logró elaborar la Constitución Política, la cual consagra los derechos fundamentales, plantea mecanismos de protección de los mismos, y crea vías de participación ciudadana. Dados los diferentes intereses que intervinieron en su concertación, algunos planteamientos son contradictorios, lo que genera dificultades para realizar una interpretación unívoca y coherente, pese a la existencia en ella de principios y valores que sirven de hilo conductor y marco de análisis.²²⁸

Los procesos de reestructuración en Colombia confluyen entonces, en medio de un problema de legitimidad y liderazgo del Estado y de su régimen político, que viene de años atrás, lo cual se expresa en los altos niveles de violencia, la falta de confianza de los ciudadanos en las instituciones públicas, y la ausencia de una clase dirigente con

²²⁸UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. Formación ciudadana y constitucional. Facultad de Derecho y Vicerrectoría de Docencia. Disponible en internet: <http://docencia.udea.edu.co/derecho/constitucion/antecedentes.html>, Consultado el 15 de octubre de 2013.

un proyecto claro que tenga la capacidad de orientar a la sociedad y que pueda articular sus intereses.

En materia de política social, las circunstancias políticas y económicas que se daban en el país se vieron reflejadas en el debate en torno a qué orientación debería seguir el país en materia de Seguridad Social y de prestación de servicios de salud. Sobre esta última, dos corrientes lideraron las propuestas: una propendía por la universalización de servicios con solidaridad, mientras que la otra planteaba una participación de la racionalidad del mercado, basado en los lineamientos de los OEI, con parámetros de eficacia y eficiencia. Al final, en el documento constitucional quedaron integradas las dos corrientes lo que a la fecha ha ocasionado interpretaciones y lineamientos operativos contradictorios.

1. Rasgos políticos relevantes de la sociedad colombiana. Debilidad del Estado, clientelismo y corrupción.

Los rasgos del sistema político y de la sociedad colombiana que coexistían en los años noventa provenían de un estado débil, con una participación política restringida, en una sociedad civil fragmentada y en donde la cultura política era permeada por el clientelismo, la corrupción y el narcotráfico, entre otros. El recrudecimiento de la violencia política durante los 80, había generado la violación y limitación de los derechos humanos por parte de los grupos alzados en armas. El Estado con la aplicación de las “prácticas de guerra sucia” y de medidas legales tomadas bajo la figura del estado de sitio (recurso de carácter excepcional para restablecer el orden público, que se había convertido en una figura casi permanente) también estaba generando violencia.

Al iniciar la década de los 90, el país se encontraba en una situación bastante compleja. De una parte, el tema del narcotráfico había adquirido grandes dimensiones

por la violencia y corrupción que generaba; persistía una crisis política derivada de un régimen restringido proveniente del Frente Nacional que no permitía la participación política de fuerzas distintas al bipartidismo; se percibía además, una deslegitimación de la política tradicional que no representaba los intereses de la sociedad y persistía el conflicto armado colombiano entre la guerrilla por una parte y el Estado y los grupos paramilitares de otra.

La debilidad del Estado se debía entre otras causas a su incapacidad histórica para integrar el territorio nacional y consolidar el monopolio legítimo de la fuerza y de la generación de regulaciones. Por lo anterior, el Estado colombiano no tenía capacidad para manejar los conflictos y tensiones sociales que se presentaban y lograr unidad nacional en torno a un proyecto de sociedad, considerando las dispersiones geográficas y complejidad territorial aunado a las escasez de vías, los problemas del sector judicial, la incapacidad del control por parte de las fuerzas armadas y la incapacidad reformista de los partidos tradicionales, fueron condiciones favorables para el desarrollo de la “parainstitucionalidad”.

Las falencias del Estado permiten el cambio en las relaciones sociales de poder, los grupos derivados del tráfico de drogas se enfrentan al orden social mediante la violencia y la corrupción, buscando insertarse política, económica y socialmente. Aparecen los paramilitares, grupos privados de carácter regional y local, que buscaron alianzas con algunos sectores de los militares y/o con los narcotraficantes, para combatir enemigos comunes tales como la guerrilla, la delincuencia común y los defensores de derechos humanos. Este contexto social fue el resultado de una cultura de intolerancia, de exclusión del disidente y de utilización del terror que actuaron como mecanismo de solución de conflictos en una sociedad fragmentada y un Estado débil, lo cual, para algunos autores, persiste hasta nuestros días.²²⁹

²²⁹ORJUELA ESCOBAR, Luis Javier. Op. Cit., p.78

El clientelismo y la corrupción, son fenómenos que hacen parte de la cultura política, en el régimen político colombiano. Sus definiciones si bien, se prestan a confusión, son fenómenos que al estudiarlos contribuyen a esclarecer las formas en que se toman las decisiones políticas. Para Caciagli, el clientelismo en sus formas vertical u horizontal, constituye una cultura política y es relevante para garantizar las relaciones centro-periferia en las estructuras estatales y en los espacios locales de poder.²³⁰ Se podría aseverar que el clientelismo, al utilizar recursos públicos hacia fines privados puede producir corrupción, sin embargo, es importante diferenciar el clientelismo de la corrupción. En un contexto democrático, donde el ciudadano tiene una representación política²³¹, se puede afirmar que el clientelismo permea el desarrollo de la ciudadanía²³², sin embargo este fenómeno ha subsistido a pesar de la construcción de procesos de modernización y de contextos institucionales cambiantes.

La existencia de una fragmentación social y la primacía de los jefes políticos locales, arguye Migdal, impiden el desarrollo de una burocracia racional y facilitan el control de las instituciones públicas locales por intereses personales, lo cual conduce al desplazamiento de las políticas generales del Estado por intereses parciales de la sociedad.²³³ Es por ello, que el conflicto armado colombiano, tiene que ver en gran parte con la incapacidad del Estado para incidir sobre los intereses locales con el fin

²³⁰CACIAGLI, Mario. Clientelismo, corrupción y criminalidad organizada. Madrid, 1996. CENTRO DE ESTUDIOS CONSTITUCIONALES. Reseña realizada por Hernán Ibarra en Iconos p 156.

²³¹La representación es entendida como la relación entre representante y representado, la cual se establece a través de procesos electorales y en la que el primero queda autorizado para decidir por los representados y a su vez debe rendir cuentas a éstos. El representante responde a aspectos puntuales en la medida en que busca dar al ciudadano la seguridad de que sus intereses son reconocidos y serán tomados en cuenta por el Estado, de tal manera, que el representante actúa como un delegado de un grupo social que supone promueve los objetivos del grupo antes que los de toda la nación.

²³²La ciudadanía es un proceso de acceso a derechos y de pertenecía a una comunidad pública. Aunque hace referencia a un proceso de consolidación de la modernidad, no puede entenderse desvinculada de las formas de articulación del individuo a lo público presentes en el pasado.

²³³Ibíd., p. 80.

de resolver problemas históricos como la redistribución de la tierra y la integración del territorio nacional.

El clientelismo es una característica marcada en los regímenes políticos que se dan en los países en vía de desarrollo, debido a que no hay separación de los funcionarios respecto de los recursos con los cuales se administra una sociedad, rasgo característico de la modernidad política. Fue un legado de la sociedad agraria y lejos de ser un patrimonio del pasado, todavía sigue siendo una realidad del sistema político colombiano aunque a través del tiempo haya sufrido transformaciones en su ejecución.²³⁴

Los autores colombianos en su mayoría coinciden en que el país ha pasado por tres formas de clientelismo: el tradicional, el moderno y el de mercado, sin que exista consenso en cuanto a la temporalidad de cada una de ellas, lo cierto es que incluso pueden llegar a coexistir en algunos periodos de tiempo.

En términos generales se puede definir el clientelismo tradicional²³⁵ como una estructura piramidal de relaciones políticas, en donde los líderes locales y regionales reemplazan al Estado, mediante el cubrimiento de las necesidades particulares de su “clientela”, a cambio de votos. Para Leal y Dávila, el clientelismo es una forma de intercambio interpersonal”...que implica una larga amistad instrumental en la cual un individuo de más status socioeconómico (patrón) usa su propia influencia y recursos para proporcionar o beneficiar a una persona de menos estatus (cliente); a su vez éste

²³⁴ESCALANTE, Fernando. Clientelismo y ciudadanía en México. Apuntes sobre la conceptualización de las formas de acción política. En: GARCIA SANCHEZ, Miguel. *Ibíd.* p.32.

²³⁵GONZALEZ, Fernán. Para leer la política. Ensayos de historia política colombiana. p.170., *Ibíd.* p.34. A partir del esquema Weberiano, plantea que el clientelismo tradicional aparece como la manifestación de formas no racionales de dominación en sociedades modernas o en procesos de modernización. Permite constatar que este fenómeno se encuentra fundado sobre legitimidades centradas en tradiciones o individuos y no en un sistema de reglas. Esto conduce a afirmar que el clientelismo es un tipo de relación asimétrica, en tanto la imposición de las reglas depende del dominador y no de una dinámica de pacto público.

corresponde al patrón al ofrecerle apoyo y asistencia general, incluido sus servicios personales”.²³⁶ Esta definición de clientelismo tradicional es compartida por Fernán González, para quien el clientelismo es la respuesta a una estructura social con altas desigualdades económicas y sociales. Así pues, el clientelismo se sirve de esos desequilibrios y se convierte en un “sistema primitivo de seguridad social” que se alimenta del atraso y de la insatisfacción”.²³⁷

Sin embargo, esta práctica ha deslegitimado el Sistema Político Colombiano dado que ha fomentado el aprovechamiento privado de los recursos públicos para cumplir con intereses personales; y las relaciones políticas al estar soportadas en compromisos personales impiden al Estado actuar como factor de unidad y restringe sus opciones de modernidad. Además, afecta la efectividad de la administración pública puesto que esta es percibida como incapaz de proveer los servicios básicos, entre otros asuntos más complejos como la administración de justicia.

El clientelismo moderno corresponde a lo que algunos autores han denominado clientelismo de intermediarios. Se inició a partir del Frente Nacional y surgió gracias a una expansión del Estado y su burocracia. Se presenta como resultado de la penetración de la economía de mercado en las zonas rurales y al surgimiento de competidores a los patrones locales (burocracia estatal). Lo que será característico de este tiempo será el papel de las estructuras partidistas en su funcionamiento.²³⁸ El clientelismo moderno rompe con el tradicional en el sentido de

²³⁶ LEAL, Francisco y DAVILA, Andrés. Clientelismo. El sistema político y su expresión regional. p. 39. *Ibíd.* p. 35.

²³⁷GARCIA, *Ibíd.* p. 35.

²³⁸Para 1968, no solo se consolida un Estado más sólido económicamente, sino también más complejo burocráticamente. Así los recursos estatales que potencian el clientelismo moderno son también de tipo burocrático. De esta forma, la penetración por parte de los políticos a la estructura burocrática fue central en el fortalecimiento del nuevo clientelismo. Adicionalmente como lo señala Smith (*Op. Cit.*, p. 428) aparece una burocracia de “transición, es decir unos técnicos vinculados a los programas de intervención del Estado, quienes podían penetrar directamente las redes sociales sin intermediarios

que el vínculo se construye ahora a partir del lenguaje del pacto, mucho más cercano a la modernidad. Es por ello, que las relaciones que se articulan en el contexto del clientelismo moderno son menos durables y asimétricas, más calculadas y pragmáticas, y caracterizadas por una lógica de transacciones.²³⁹

García sugiere que cambios institucionales como la descentralización y las reformas políticas de inicios de los noventa, obligaron al clientelismo a transformarse adaptándose a los nuevos contextos institucionales. A partir de la Constitución de 1991, el clientelismo se transformó hacia lo que autores como Gutiérrez y Dávila han denominado el “clientelismo de mercado”²⁴⁰. Éste, aunque sigue dependiendo de los recursos del Estado se caracteriza por la ruptura del esquema de articulación piramidal. “El patrón sistemáticamente va perdiendo poder a manos de su séquito inmediato de seguidores, y éstos por su parte se van debilitando frente a los líderes barriales”²⁴¹. Así, tiene lugar una fragmentación o ruptura de la red clientelista, que supone resquebrajamiento de las lealtades entre políticos y la emergencia de una competencia más intensa entre ellos.

Este cambio es derivado de ajustes en el sistema político y en la forma como se dan las prácticas clientelistas. Por un lado, la apertura de los espacios políticos derivados de la descentralización, permitieron el crecimiento de la competencia política, dando lugar a que los líderes regionales y locales construyeran su propia red clientelar que los llevaría a tener una relación directa con los funcionarios municipales y departamentales. Por otro lado, el incumplimiento de las promesas de

políticos y canalizar recursos. Lo que les permitió en algunas circunstancias, buscar apoyos políticos y establecer su propia clientela.

²³⁹GARCIA, Miguel. refiriéndose a ARCHER Ibíd. p.37

²⁴⁰DAVILA LADRÓN DE GUEVARA, Andrés y DELGADO, Natalia y otros. Degradación o cambio. Evolución del sistema político colombiano. Bogotá: 2002. IEPRI- Grupo Editorial Norma. Ver artículo: La metamorfosis del sistema político colombiano: ¿Clientelismo de mercado o nueva forma de intermediación? p.321-355.

²⁴¹GUTIERREZ SANIN, Francisco. La ciudad representada. En: SANCHEZ, Miguel Op. Cit., p. 37.

campaña por parte de los políticos, el surgimiento de líderes clientelistas de sectores sociales medios y las diferentes necesidades de la ciudadanía, ocasionarían la fragmentación de la estructura clientelista piramidal.²⁴²

Concluye García: “en el clientelismo de mercado, al igual que en el moderno, la legitimación de la relación se construye en función de las dinámicas de pacto que en ella se tejen; no obstante, las redes son más inestables al estar sujetas a una mayor competencia y tienen un carácter menos asimétrico, con lo que el cliente adquiere una mayor preeminencia en la relación”²⁴³. A lo anterior, se agregan otros temas que inciden en el contexto político nacional colombiano, como por ejemplo: la nueva institucionalidad pública a partir de la Constitución del 91, la incidencia del proceso de globalización y el fenómeno de la corrupción que se vuelve un tema de la agenda global y nacional.

Aunque inicialmente la corrupción se encontraba asociada a instancias económicas, en estudios recientes se ha encontrado que en la corrupción inciden también contextos políticos y socioculturales. Los OEI como el Banco Mundial, el FMI, las Naciones Unidas (NU) y la Organización Mundial del Comercio (OMC) han fortalecido sus esfuerzos en la lucha contra ella. Según el Banco Mundial, la corrupción se define como el abuso de una función pública para obtener beneficios privados y excluyentes, es decir, “un funcionario público abusa de su función pública cuando acepta o pide sobornos para conceder u obtener beneficios privados”²⁴⁴.

El tipo más frecuente de corrupción, es el soborno. Por ésta razón, algunos analistas se concentran en estas prácticas y en su interacción entre individuos o grupos privados y funcionarios públicos. En países como Colombia, la intervención

²⁴²SANCHEZ, Miguel. *Ibíd.*, p. 37

²⁴³SANCHEZ, Miguel. *Ibíd.*, p. 38

²⁴⁴GARAY SALAMANCA, Luis Jorge y SALCEDO-ALBARAN, Eduardo. *Narcotráfico, corrupción y Estados*. Bogotá, Nomos Impresores, 2012. p.33.

de grupos armados ilegales, narcotraficantes, y el uso de métodos de coerción que reemplazan o complementan el soborno son particularidades que hacen que estos delitos tengan los apelativos de “corrupción violenta”, “corrupción armada” o “narco corrupción”. Este fenómeno, que ha emergido durante las últimas décadas, ocasiona “efectos negativos para la seguridad nacional, de convivencia, y en general en la posibilidad de consolidar verdaderas democracias y Estados de derecho en la región,”²⁴⁵ y no está circunscrito a los países en vía de desarrollo puesto que también se encuentra en países industrializados, por lo que se cree que la corrupción es cuasi-universal.

Otras forma de corrupción además del soborno, es la sistémica (CS) más conocida como Captura del Estado (CdE), definida como “intervención de individuos, grupos o compañías legales en la formulación de leyes, decretos, regulaciones y políticas públicas para obtener beneficios de corto y largo plazo, principalmente de naturaleza económica, en detrimento del interés público (Hellman, Jones y Kaufmann, 2000)”²⁴⁶.

Sin embargo, es factible encontrar situaciones de captura, en la que hay intervención en procesos legislativos y públicos por parte de individuos o grupos ilegales. De esta forma se amplía la definición de captura del Estado por la de Captura Avanzada del Estado (CAdeE) dado que en esta última, aparecen actores que ejercen la violencia como un mecanismo que complementa el soborno. Se podría inferir que la Captura del Estado, es un proceso que se origina desde fuera del Estado y es gestionado por agentes externos.

Garay y Salcedo-Albarán, describen que en situaciones avanzadas y complejas de corrupción, se puede encontrar el proceso denominado Reconfiguración Cooptada

²⁴⁵Ibíd., p. 34.

²⁴⁶Ibíd., p. 35.

del Estado (RCdE), que se define como “la acción de agentes sociales legales o ilegales que mediante prácticas ilegales o legales pero ilegítimas, buscan sistemáticamente modificar desde dentro el régimen e influir en la formulación, modificación, interpretación y aplicación de las reglas del juego social y de las políticas públicas”²⁴⁷. Esta práctica se usa para conseguir beneficios de largo plazo y tener la certeza de que sus intenciones sean validadas política y legalmente con el fin de obtener legitimidad social en el largo plazo, aunque estas intenciones no estén regidas por el principio fundamental del bien común.

En el escenario de RCdE, la iniciativa de acciones no solo se da a partir de agentes externos al Estado, sino que también es posible encontrar agentes internos que buscan beneficiarse de las capacidades que tienen los agentes ilegales para generar violencia y coacción. Cuando un funcionario público busca establecer alianzas con externos ilegales ya no se puede catalogar esta acción como una captura del Estado, sino de Cooptación del Estado, lo cual implica que hay una coordinación de intereses de los agentes involucrados en el proceso a través de relaciones de dos o una vía, en cualquier dirección. En la cooptación siempre se encuentra involucrado un funcionario público que puede estar cooptando o que está siendo cooptado.

Otro rasgo del régimen político colombiano que se desprende de las relaciones político- sociales clientelistas es la incapacidad de la clase política dirigente para conseguir una articulación entre los distintos sectores. Éste persiste desde la época de la independencia hasta nuestros días y contribuye junto con el clientelismo y la corrupción a la fragmentación de la sociedad y del Estado.

Teniendo en cuenta las perspectivas anteriores, se puede afirmar que en la modernización de la sociedad colombiana se ha dado un proceso de cambio

²⁴⁷Ibíd., p. 36.

permanente, que se remonta a la colonia, pasando por el proceso de industrialización, por los avatares del Frente Nacional y que continúa hasta nuestros días bajo una forma de mixtura social y política que conserva patrones propios de la premodernidad como el patrimonialismo y en consecuencia el clientelismo y la corrupción.

2. Situaciones políticas y económicas que antecedieron a la reforma constitucional de 1991

En el aspecto económico, Colombia siguió la línea de reformas promovidas por los OEI, teniendo en cuenta su contexto social, político y económico que lo llevó a la adopción de la nueva Constitución, la cual estuvo enmarcada por la crisis política que traía el país de décadas anteriores.

En el gobierno de López Michelsen (1974-1978) se propuso convocar una Asamblea Constituyente para reformar la administración de justicia y reestructurar la división político territorial del país, iniciativa que fue declarada inconstitucional por la Corte Suprema de Justicia, dado que la Constitución vigente, no permitía realizar enmiendas por fuera del Congreso, tal como lo pretendía el presidente López Michelsen. En el terreno económico se hicieron en Colombia los primeros intentos para aplicar las medidas de corte neoliberal, derivadas de la escuela de Chicago, y cuyas propuestas se estaban aplicando en la mayoría de los países desarrollados y en el continente.

López Michelsen introdujo reformas en la política social, monetaria y tributaria, fortaleció el sector de la industria y mejoró el nivel de empleo. Las propuestas giraron en torno al desmonte de algunos subsidios estatales y la disminución de la carga laboral de las empresas. A través de “la ventanilla siniestra del Banco de la República” llegaron gran cantidad de dólares sin tener en cuenta su

procedencia, lo que permitió a las clases emergentes ganar reconocimiento social y mayor poder dentro del Estado.

Pero algunas de estas medidas económicas y el alto costo de vida produjeron reacciones de la población civil, que se manifestaron con el aumento de paros cívicos que buscaban reformas socio económicas. El gobierno reaccionó de forma represiva y manejando una estrategia de cambios graduales para evitar mayores confrontaciones en el campo de las reformas al Estado. Por eso se puede considerar que en este gobierno se cambió el modelo de sustitución de importaciones (ISI)²⁴⁸ y se inició la implantación de las políticas neoliberales.

Durante el gobierno de Turbay Ayala (1978-1982), se consideró la necesidad de realizar una reforma constitucional similar a la propuesta en el periodo anterior, buscando la creación de una fiscalía general. Sin embargo, esta iniciativa no llegó a prosperar y también fue declarada inconstitucional. Se formuló el “Plan de Integración Nacional (PIN)”. En el campo económico se impulsó la misión de las finanzas intergubernamentales que se concretaron en el informe Bird-Wiesner²⁴⁹, que siguiendo el enfoque neoliberal, proponía desarrollar el concepto de tributación indirecta, ampliar la base impositiva e incentivar el ahorro mediante auxilios tributarios, así como fortalecer los fiscos departamentales con la descentralización y la autonomía, al tiempo que insistía en la racionalización del gasto público y la descentralización territorial. Se resalta que este informe sirvió de base a las políticas implantadas posteriormente. En este periodo se presentó un incremento de la actividad guerrillera por parte del M-19; las protestas populares continuaron y el orden público se alteró al punto que el gobierno puso en marcha el Estatuto de Seguridad para frenar las protestas.

²⁴⁸ANGARITA CAÑAS, Pablo Emilio. Seguridad democrática. Lo invisible de un régimen político y económico. Bogotá. 2011. Universidad de Antioquia. Facultad de Derecho y Ciencias Políticas. Siglo del Hombre Editores. p. 178.

²⁴⁹DNP, 1983. p.29. *Ibíd.* P.179.

En el gobierno de Belisario Betancourt (1982-1986), la propuesta de integrar política, territorial y económicamente a Colombia y de democratizar el régimen político, encontró grandes obstáculos entre la clase dirigente y las fuerzas insurgentes. Su principal logro fue la implementación de la elección popular de alcaldes, medida que fomentó la democracia y relegitimó al Estado al establecer un vínculo de responsabilidad y rendición de cuentas entre el alcalde y la comunidad política local, aunque también esto contribuyó a fortalecer el clientelismo y la corrupción.

El gobierno por medio del Plan “Cambio con equidad”, dio prioridad a la inversión pública, y a la infraestructura física y social en los territorios nacionales. A nivel económico, inició el proceso de descentralización, transformó el impuesto a las ventas en Impuesto al Valor Agregado (IVA) e introdujo incentivos tributarios para los empresarios. En un comienzo tomó cierto distanciamiento de las políticas neoliberales e intentó regresar al enfoque estructuralista de la CEPAL. Proponía un proceso de reactivación económica con medidas como protección al aparato productivo, estímulos a la inversión productiva, control a la especulación financiera, moralización del sector e impulso a la industria de la construcción a través del plan “vivienda sin cuota inicial”, destinado a los sectores más desfavorecidos de la población. Ante la crisis de la deuda externa en América Latina, el FMI impuso drásticas medidas fiscales que en Colombia si bien no fueron aprobadas como plan de ajuste, se adoptaron bajo el “Programa de ajuste macroeconómico (1984-1985)”.²⁵⁰

Las protestas cívicas, rurales y sociales continuaron como en los gobiernos anteriores, pero la crisis se diagnosticó de manera diferente, reconociendo que la violencia tenía causas objetivas y subjetivas. Las primeras relacionadas con la falta de presencia del Estado en gran parte del territorio nacional y a su falta de integración al mercado nacional. Las subjetivas se relacionaron con la falta de oportunidades para

²⁵⁰ANGARITA CAÑAS, Pablo Emilio .Op. Cit., p.180

que las nuevas generaciones participaran en la vida política, económica y social del país. En esta época surgió la Unión Patriótica como movimiento político legal y se dio la toma del palacio de justicia por parte del M-19. Se destaca la intención de desarrollar una política de negociación de paz e iniciar el proceso de desmovilización con algunos grupos armados, negociaciones que fracasaron por la violencia contra la izquierda a manos de la extrema derecha.

En el gobierno de Virgilio Barco (1986-1990) se propuso reformar la Constitución recogiendo la opinión pública de sectores claves del país a través de un plebiscito. La iniciativa fracasó debido a la oposición del partido conservador y de varios sectores de la clase dirigente, por lo que se sugirió hacer la reforma a través del Congreso. En el tránsito del proyecto por el Congreso se incluyó un artículo contra la extradición que favorecía a los narcotraficantes, por lo que la iniciativa fue desestimada. En el ámbito económico, su “Plan de economía social”, siguió los lineamientos del BM en materia de erradicación de la pobreza, para lo cual implementó la estrategia de apertura comercial del país a los flujos internacionales de mercancías y capitales, intentando “promover las exportaciones y sustituir las importaciones”.

Ante la crisis del esquema político bipartidista, el gobierno optó por retomar la opción de llegar a un acuerdo político con la guerrilla, lo cual solo fue posible con el M19. En este período las agrupaciones insurgentes se extendieron y creció el número de organizaciones paramilitares, muchas de ellas articuladas al narcotráfico y con fuertes nexos con organismos estatales. La grave situación de violencia llevó a que el Estado colombiano tuviera mala reputación en el escenario internacional, sobre todo por la violación a los derechos humanos.

Se puede concluir que en la década de los años 80 continuaba el conflicto armado y se presentaba una profunda crisis política permeada por la violencia

ejercida por los narcotraficantes, los cuales desataron una cruenta guerra que cobró como víctimas a jueces, policías, altos funcionarios públicos, ciudadanos, e incluso tres candidatos presidenciales; dejando un Estado débil y una sociedad indefensa. En cada periodo presidencial desde 1974, se presentaron iniciativas fallidas para reformar la Constitución de 1886 que antecedieron a la ANC de 1990. Así mismo se presentaron los aspectos económicos relevantes en cada periodo presidencial que ilustran sobre las iniciativas de tipo neoliberal que se emprendieron en ese transcurso de tiempo.

3. El gobierno de César Gaviria. La Asamblea Nacional Constituyente y la Constitución Política.

El gobierno de César Gaviria (1990-1994), tuvo un carácter democrático porque convocó a una Asamblea Nacional Constituyente, proclamó una nueva Constitución con una amplia carta de derechos, combatió al narcotráfico, desmovilizó a varios grupos guerrilleros y modernizó la economía a través de la apertura económica. Sin embargo el balance con relación al sector social fue negativo debido al desmonte gradual de la estructura estatal que lo afectó especialmente.

La adopción de la Constitución del 91, se concibió como un intento para superar la crisis del régimen político y realizar una nueva propuesta para cambiar la Constitución de 1886. Varios autores, entre ellos Luis Javier Orjuela sostienen que esta Constitución no logró poner fin a la crisis política colombiana porque siendo un proyecto de sociedad equitativa, ha entrado en gran confrontación con un proyecto de sociedad con inspiración neoliberal. Ninguno de estos proyectos ha logrado reunir el consenso necesario para imponerse, debido a la debilidad del Estado, la

fragmentación de las élites, la dispersión de las fuerzas políticas, la debilidad en la sociedad civil y las limitaciones que impone la globalización.²⁵¹

Por su importancia, se presentan los hechos que rodearon la adopción de la nueva Carta Constitucional. En 1990, un movimiento estudiantil, impulsado por fuerzas políticas en pro de una reforma institucional del Estado, logró incluir una pregunta en las elecciones de corporaciones: “Con el fin de fortalecer la democracia participativa, ¿Vota por la convocatoria a una Asamblea Nacional Constitucional con representación de las fuerzas sociales, políticas y regionales de la nación, integrada democrática y popularmente, para reformar la constitución de Colombia?”. El 90% de los sufragantes votó por el sí, configurándose así un hecho político de gran importancia.

La Asamblea Nacional Constituyente (ANC) integró sectores sociales que nunca habían tenido participación en el régimen político colombiano (un régimen político no solamente es el conjunto de instituciones y normas que regulan las relaciones entre los partidos y el Estado, sino que además lo constituyen las relaciones entre los distintos sectores sociales y el Estado). El principal objetivo de la ANC era resolver la crisis política colombiana. Para lograr este propósito, este órgano introdujo una serie de reformas en áreas cruciales para el país así: la búsqueda de la paz, la ampliación de la democracia y de los derechos políticos, económicos y sociales de los ciudadanos; el fortalecimiento y relegitimación del Estado y del régimen político; y la modificación del régimen económico para introducir elementos de equidad.

Respecto a la ampliación de la democracia y de los derechos humanos, la ANC se propuso hacer más incluyente y representativo el sistema político. En su

²⁵¹ORJUELA ESCOBAR, Luis Javier. Op. Cit., p.109

articulado, la Constitución contempla entre otras las siguientes características de su régimen político: el Estado colombiano es democrático, participativo y pluralista. Uno de los fines esenciales del Estado es facilitar “la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la nación” (artículo 2 C.P). Además del voto se amplían los mecanismos de participación política directa, tales como: el plebiscito, el referendo, la consulta popular, el cabildo abierto, la iniciativa legislativa de los ciudadanos, y la revocatoria del mandato de los representantes políticos por parte de la ciudadanía.

La ANC reconoció las tres generaciones de derechos humanos: los derechos políticos y las libertades civiles individuales, los derechos socioeconómicos y culturales y los derechos colectivos y a un ambiente sano. Los primeros incluyen el derecho a la vida, el habeas corpus o la libertad de conciencia. Los segundos, el derecho a la seguridad social y a la salud, a una vivienda digna, a la educación, los derechos de las minorías y las personas en desventaja o discriminadas como los niños, las mujeres, los ancianos y los minusválidos. Entre los terceros se encuentra el derecho al espacio público, a la buena calidad de los bienes y servicios públicos, y el derecho a disfrutar de un medio ambiente sano. El énfasis en la inclusión socio económica está presente desde el artículo primero de la Constitución que define al Estado colombiano como un ESD.

En los derechos de participación social, además del de libre asociación se encuentran, entre otros, derechos como la participación de la comunidad en los servicios de salud, en las instituciones de educación, y en las decisiones que puedan afectar el medio ambiente. El Estado debe “fomentar las prácticas democráticas para el aprendizaje de los principios y valores de la participación ciudadana.”(art.41). Así mismo, se estableció la elección popular de gobernadores; las juntas administradoras locales; el derecho de las comunidades indígenas a gobernarse mediante autoridades

propias, según su cultura y tradición; y la elección popular de jueces de paz para dirimir conflictos menores entre los ciudadanos.

En el ámbito judicial, la Carta establece algunas instancias para la exigencia y eficacia de los anteriores derechos tales como la Corte Constitucional, la Defensoría del Pueblo y mecanismos como la acción de tutela y las acciones populares.

En cuanto a la búsqueda de la paz, la idea de reformar la Constitución Política por medio de la ANC, generó un proceso de desmovilización dada la expectativa de participar en ella y ser actores de importantes transformaciones en la estructura política, económica y social del país. Esta característica diferenció los procesos de paz de los años noventa respecto de los anteriores. En la Asamblea participaron el Ejército Popular de Liberación (EPL), el Partido Revolucionario de los Trabajadores (PRT), y el movimiento indígena Manuel Quintín Lame. El movimiento M-19 participó en la Asamblea Constituyente con un éxito sin precedentes para un grupo guerrillero, lo cual le dio la posibilidad de ejercer un liderazgo importante en las deliberaciones de la Asamblea. Los grupos guerrilleros más fuertes y con más capacidad de desestabilización, las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), y el Ejército de Liberación Nacional (ELN), se marginaron del proceso constituyente.

Los grupos del narcotráfico buscaron que se incluyera un artículo contra la extradición y utilizaron métodos como el terrorismo y el secuestro para ejercer presión sobre la ANC. Sin embargo el gobierno estableció una diferencia entre narcotráfico y narcoviolencia. La primera, se consideró un fenómeno transnacional que requería de la cooperación internacional para contrarrestarla. La narcoviolencia, por el contrario, se consideró un problema nacional por lo que se desarrolló una política de sometimiento de los miembros de los carteles de narcotráfico a la justicia, a cambio de no ser extraditados a los Estados Unidos.

Se creó el Consejo Superior de la Judicatura y la Fiscalía General de la Nación. Se propuso además, la adopción del sistema acusatorio en materia criminal, y la creación de la justicia constitucional con su máximo órgano: la Corte Constitucional, que se ha convertido en el símbolo de la justicia social debido a las decisiones que como institución ha tomado. Al estar dedicada al reconocimiento de los derechos fundamentales, ha sido la institución del Estado que representa el espíritu de democratización y equidad que impulsó la ANC²⁵²; les ha exigido a la función legislativa y función ejecutiva el diseño y ejecución de políticas públicas que afectan el reconocimiento de los derechos humanos (ejemplo, la financiación de la vivienda, el reconocimiento del derecho a la salud, a la educación, a la población en condición de desplazamiento). El carácter político de las decisiones de la Corte se deben ver con el lugar preeminente que la Constitución del 91 le atribuyó en el sistema político y que la pone en relación directa con los conflictos sociales y económicos no resueltos en las instancias de decisión política, debido a las deficiencias en la representación política, a la falta de voluntad de la clase dirigente, y a la debilidad de la sociedad civil²⁵³. La actuación de la Corte hay que verla en un contexto del país en el que la desigualdad social y económica prima y sus actuaciones son en el campo de lo jurídico.

Con estos cambios se esperaba lograr un incremento significativo en la eficacia de la justicia en materia penal y una reducción notable de la impunidad. En lo correspondiente a la relegitimación del régimen, la ANC estableció una serie de mecanismos e instituciones para ampliar la representación política de las minorías y de las fuerzas distintas al bipartidismo tradicional. Ejemplo de lo anterior fue la creación de la circunscripción nacional para la elección del Senado. En cuanto a las ramas del poder público, la ANC se preocupó por buscar equilibrio entre el

²⁵²ha cumplido un papel fundamental en la relegitimación del Estado. Desde sus comienzos la corte ha sido muy clara en señalar la importancia normativa y política del ESD. En ORJUELA ESCOBAR, Luis Javier. Op. Cit., p.100

²⁵³Ibíd. p. 101.

legislativo y el ejecutivo, por lo que la Carta Constitucional le otorgó facultades y mecanismos al legislativo para tener un mayor control político sobre el ejecutivo, entre ellos, la moción de censura contra los ministros, la revocatoria del mandato para los alcaldes y gobernadores, la pérdida de investidura para los congresistas y se eliminaron formalmente los auxilios parlamentarios. Sin embargo, prácticas como el clientelismo y la corrupción no han dejado de estar presentes. Lo anterior ilustra el carácter híbrido de los regímenes políticos latinoamericanos, en los cuales se combinan las viejas prácticas clientelistas y las necesidades tecnocráticas de reestructuración económica. El ejecutivo desarrolla estas prácticas con el fin de que sus proyectos de Ley sean aprobados por el legislativo.

En relación con los partidos políticos, se consagra el derecho que tiene todo ciudadano de fundar partidos y movimientos y establece la financiación estatal de las campañas políticas y la igualdad en el acceso a los medios de comunicación del Estado. Se puede concluir que la Asamblea Nacional Constituyente intentó solucionar la crisis política en que se encontraba el país, mediante el fortalecimiento, la relegitimación, la democratización del Estado y del régimen político.

Un último lineamiento que manejo la Asamblea fue el de la búsqueda de equidad. Se proponía lograr un equilibrio entre una política de intervención económica del Estado, liderado por una corriente de izquierda y progresista y una tendencia hacia el libre mercado e internacionalización de la economía, con ideas neoliberales y liderado por el gobierno y su equipo económico y tecnocrático. Esta ambigüedad en materia económica es el resultado de que en la Asamblea confluyeran fuerzas que representaban estas dos ideologías económicas y del papel que jugó el gobierno de Cesar Gaviria cuya política económica y su plan de desarrollo eran claramente neoliberales (Presidencia de la República y Departamento Nacional de Planeación). En consecuencia, la Corte Constitucional es el órgano encargado de

dirimir conflictos entre éstos dos enfoques y garantizar el carácter social y de equidad que se presenta en la nueva carta política colombiana.

Reflejo de la equidad es el establecimiento del ESD en el artículo primero de la Constitución y en el 334, en el que se establece que la dirección de la economía está a cargo del Estado y que éste debe buscar la distribución equitativa de las oportunidades y los beneficios del desarrollo, el pleno empleo de los recursos humanos, y asegurar que todas las personas, en particular las de menos ingresos tengan acceso efectivo a los bienes y servicios básicos.²⁵⁴

A nivel ideológico, la ANC enfrentó diferentes corrientes. Importa entonces precisar el manejo que esta institución dio a la relación Estado- mercado. Al respecto, y al debatirse el problema de las finalidades del Estado, se enfrentaron tres corrientes; la primera, liderada por los intervencionistas tradicionales, partidarios de una regulación estatal discrecionalmente manejada por el ejecutivo y, por tanto, muy atado a los intereses rentísticos de poderes ya constituidos tanto en el nivel del capital como del trabajo; la segunda fue una corriente emergente de neoliberales que oscilaban entre una postura radical que representaba la teoría de sociedad de mercado y una visión neoliberal blanda para quienes la regulación era necesaria para la propia operación y funcionamiento del mercado. En tercer lugar, un grupo de constituyentes que, por fuera de los lineamientos partidistas defendía posiciones social-demócratas cercanas al planteamiento “todo el mercado posible con toda la intervención necesaria”²⁵⁵.

²⁵⁴Ibíd. p.104.

²⁵⁵VELEZ RAMIREZ, Humberto. Economía neoinstitucional construcción- deconstrucción de instituciones y Ley 100 de 1993.En: RODRIGUEZ, Oscar, Los avatares del servicio de salud para los pobres. Tomo II. Colección: La seguridad social en la encrucijada. Universidad Nacional y Ministerio de Salud. UNIBIBLOS 2002. Op. Cit., p.116.

Al final del debate, se podría decir que la Constitución no fue ni marcadamente reguladora ni neoliberal en definitiva, sino que, más bien, ambos enfoques quedaron plasmados y aceptados en la Carta. Lo que predominó y quedó consignado, fue la primacía práctico-política del enfoque regulador o del neoliberal a expensas de las relaciones de fuerza imperantes tanto del nivel legislativo como del ejecutivo.

Adicionalmente, la Constitución, señala que el Estado fomentará el acceso a la propiedad rural y urbana, incentivará la participación de los trabajadores en las empresas e impulsará las formas asociativas y solidarias de gestión de la propiedad. Se señala la independencia del Banco Central y por lo tanto de la política monetaria, de crédito y de cambio internacional. La libertad económica se garantiza mediante el art.333, el espíritu privatizador neoliberal se manifiesta en los artículos que establecen que el sector privado podrá participar en la prestación de los servicios públicos, y que el gobierno podrá vender o liquidar las empresas estatales u otorgará a los particulares el cumplimiento de sus funciones cuando éstas no lo hagan eficientemente.

En cuanto a los derechos socio económicos, es importante resaltar que la Carta del 91, busca que la política social y en particular el gasto social para los estratos más bajos sean la principal obligación del Estado y no un objetivo marginal de la política económica. Reflejo de lo anterior se puede encontrar en los artículos 356 y 357, los cuales establecen una serie de transferencias de recursos del presupuesto nacional a los departamentos y municipios, para atender, por obligación constitucional las necesidades básicas, de educación y salud de sus habitantes más pobres. Estas transferencias han sido vitales para el funcionamiento de la mayoría de los municipios del país, alcanzando valores hasta del 45% de los ingresos corrientes de la nación. Esta situación al día de hoy ha disminuido considerablemente y la

posibilidad de tener un ESD fuerte está dado en gran parte por los recursos que se destinan para dar respuesta a lo que se espera de esta forma de Estado.

A nivel económico y en cuanto a las transferencias, se han generado cuatro puntos de confrontación entre el modelo de liberalismo social establecido por la Constitución y el modelo neoliberal propuesto por el gobierno e influenciado por los OEI. El primero, es la argumentación por parte de los neoliberales sobre la rigidez que produce el flujo de recursos hacia los departamentos y municipios. Ellos indican que esto podría producir pereza fiscal, es decir, a nivel regional no existiría preocupación por la generación de recursos propios. En segundo lugar, la apertura económica ha implicado el desmonte de los impuestos al comercio exterior que durante muchos años fueron una de las principales fuentes de recursos fiscales del Estado, por lo que habría que buscar nuevas fuentes de ingresos fiscales para financiar las obligaciones de gasto social establecidas por la nueva constitución. Lo anterior no ha sido fácil de aplicar por cuanto al modelo se le exige ajuste fiscal y no aumentar los impuestos al capital. En tercer lugar se indica que los recursos transferidos a nivel regional se desperdician o se asignan mal debido a las prácticas clientelistas y a la corrupción. En cuarto lugar, se plantean los acuerdos de ajuste fiscal impuestos por la Banca Internacional al gobierno nacional, como el realizado en el año 2000 por el Presidente Pastrana con el FMI, que exigió una reducción y racionalización de las transferencias a las regiones.

Se puede concluir que lo planteado en la Constitución Política de 1991 significó la consolidación jurídica del Estado Social de Derecho que pretendía buscar una salida a la crisis política y social que la antecedió, mediante la búsqueda de la paz, la disminución de la violencia, la ampliación de la democracia y los derechos humanos, el fortalecimiento y la relegitimación del Estado y del régimen político y una búsqueda de la equidad.

En el gobierno Gaviria se continuó y se profundizó el paso de un modelo de desarrollo “hacia adentro” virando a un modelo de apertura e internacionalización de la economía, sobre la base del Consenso de Washington. En Colombia ya existían antecedentes de liberalización en la economía como se mencionó anteriormente y era común escuchar en diferentes escenarios que gran parte de los problemas se originaban en la ineficiencia del sector público y que por lo tanto, el sector privado ofrecía una mejor opción en términos de productividad, eficiencia y eficacia.

Este discurso buscaba abrirle oportunidades a la iniciativa privada, de tal forma, que el gobierno se identificaba con la apertura económica y las modificaciones realizadas en la estructura del Estado con el fin de: facilitar la liberación de las importaciones, implementar la reforma laboral que consagraba la flexibilización de las relaciones de trabajo y la implantación del salario integral; la necesidad de privatizar empresas estatales, la reducción de los impuestos y la descentralización política (Ley 60 de 1993), administrativa y fiscal. Así mismo, estos cambios favorecían la entrada de capital internacional y fomentaron la inversión extranjera en el país.

Contrario a lo que se postuló, estas medidas condujeron a un desmejoramiento de las condiciones de inversión y a la pérdida de empleos de calidad. La Ley 50 y sus posteriores medidas produjeron un deterioro de los salarios reales y la desprotección del trabajador, ya que se generalizó la modalidad de empleos temporales a través de figuras como el *Outsourcing*. En materia de seguridad social, a través de la Ley 100, se reestructuró el sistema de salud, se dio la privatización de fondos de cesantías y pensiones, y se implementó el aseguramiento de riesgos laborales bajo la figura de Administradoras de riesgos profesionales (ARP). Ligado a lo anterior fortaleció la concentración del poder económico en los dueños de las entidades aseguradoras de la seguridad social y aunque en la Ley se contemplaba que su origen podría ser público, mixto o privado, lo cierto fue que ésta última fue la que primó.

También se produjo una fuerte tensión en relación a los objetivos de la política económica, con un contrapunteo entre la apertura comercial promovida por los OEI y la estabilidad macroeconómica del país. Para alcanzar lo primero el gobierno debería garantizar el flujo económico a través de créditos a bajas tasas de interés, mientras que para lograr la estabilidad macroeconómica el Ministerio de Hacienda y el Departamento Nacional de Planeación (DNP), fueron partidarios de una política de orientación monetarista que propugnaba por la reducción de la inflación mediante el control de la oferta monetaria. La aceleración de la apertura en el segundo semestre del 91, significó la derrota de la posición de apertura gradual defendida por el ministro de desarrollo Ernesto Samper.

Es importante señalar que el Congreso aprobó las reformas económicas planteadas con muy poca oposición, debido a tres importantes razones, la primera al poco interés de esa institución en los asuntos macroeconómicos, para ellos lo relevante era la asignación de dineros públicos a las regiones o a los intereses de los parlamentarios; la segunda razón, al hecho de que en la época de adopción de este modelo, el Congreso se encontraba amenazado con la revocatoria de su mandato por parte de la ANC y en tercer lugar, a que la aprobación de la nueva Constitución generó un clima armonioso en el Congreso que no dio pie para que se generara una gran oposición en el tema económico.

La mayoría de los recursos se destinaron a la seguridad bajo el lineamiento de “guerra integral”, en el cual tampoco se obtuvieron buenos resultados pues las cifras de violencia superaron el 25% anual, de las más altas tasas de las últimas décadas.

4. El papel de la Asamblea Nacional Constituyente y aspectos relevantes de la Constitución Política en materia de Seguridad Social

Entre 1985 y 1993 se transformó el Sistema Nacional de Salud colombiano, con una mirada predominantemente tecnocrática²⁵⁶ y buscando reformar a fondo el Sistema de Salud existente en el momento, que se consideraba inequitativo, segmentado e ineficaz; opinión compartida por la opinión pública afectada directamente por ello.

A nivel económico, el llamado ajuste estructural se acoge en Colombia en el marco de las reformas estructurales de la década de los noventa y su justificación se encuentra en el plan de desarrollo “la revolución pacífica”, presentado por la administración de Cesar Gaviria. La salud al igual que otros sectores tuvieron cambios relevantes; la reforma al sistema de seguridad social puede considerarse un asunto eminentemente político, y utilizado para ganar gobernabilidad. Posterior a las reformas de primer orden económico entre las que se encontraban la apertura, la flexibilización laboral y las reformas financieras; el gobierno decidió poner en marcha las reformas de segundo orden, en las que se encontraba la seguridad social. En estas, la burocracia encontraba un buen campo de maniobra por cuanto se permitía algún grado de poder y de decisión en la reforma social. En el caso de la Ley 100 del

²⁵⁶Por oposición a los procesos de creación o reforma normativa que tienen origen en movimientos sociales amplios. En materia de salud, las dinámicas sociales que contribuyen a la materialización de derechos de la población se han quedado rezagadas. Ha surgido, en cambio, un escenario institucional para facilitar la interacción entre los usuarios del servicio de salud, el Estado, y las entidades públicas y privadas a cargo de la prestación de los servicios. La Ley 10 de 1990 estableció la necesidad de crear “formas de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud, que aseguren la vigencia de los principios de participación ciudadana y participación comunitaria” (art. 1º). En desarrollo de estos principios, el Decreto 1416 de 1990 crea los Comités de Participación Comunitaria (COPACOS) como “entidades de prestación de servicio de salud” a nivel local. Con todo, la distancia entre el discurso y la realidad todavía es apreciable, pues la participación ciudadana corre el riesgo de convertirse en un requisito formal que las administraciones municipales deben cumplir sin contar con los recursos técnicos y la voluntad política para poner en marcha dicho componente del sistema. Tal es el caso de los municipios más pequeños, en donde la falta de infraestructura básica es un obstáculo para pensar seriamente en la posibilidad de participación comunitaria tal y como se concibe en la Constitución y las leyes.

93, el grupo que lideró el proceso de transformación de la seguridad social y en particular en el caso de la salud, provenía del Departamento Nacional de Planeación (DNP), los cuales se apoyaron en funcionarios de alto nivel del Ministerio de Hacienda. Los criterios que se utilizaron para plantear la nueva Ley eran similares a los utilizados para las reformas económicas y provenían de los OEI.

El debate sobre la evaluación de la seguridad social en el país, se trasladó a la ANC en 1991 y se centró en dos importantes concepciones. La primera, basada en la corriente bismarckiana, la cual propendía por la ampliación de la cobertura, es decir, universalización de los servicios, mediante la unión de los conceptos de seguridad social y asistencia pública, sin ningún tipo de discriminación. Esta corriente defendía el sistema clásico de la seguridad social basada en los principios de solidaridad, integralidad y unificación del sistema. Una segunda concepción fue impulsada por una corriente neoliberal, la cual reclamaba el derecho de los individuos a seleccionar libremente el mejor sistema de seguridad social ofrecido en el mercado. En ella se encontraban representantes del sector privado y del gobierno, los cuales abogaban por la libre competencia entre los oferentes para conseguir a través de la competencia abierta, las metas de eficiencia y calidad en la prestación de los servicios.

Respecto a la libre elección como garantía de una economía sana y de un sistema político efectivamente democrático, se propuso en la Comisión Quinta de la Asamblea que: “los trabajadores podrán decidir democráticamente el sistema de seguridad social, público o privado al cual ellos deseen asociarse”.²⁵⁷ El riesgo de lo anterior, advertían algunos en el debate, era que se adoptara un modelo semejante al

²⁵⁷JARAMILLO, Iván. Último inciso del artículo 4to. Propuesta de la Comisión Quinta, ANC, junio de 1991; En: JARAMILLO, Iván., Op.cit.p. 34.

chileno, en el cual los usuarios podrían acceder a él, acorde con su capacidad adquisitiva.

En cuanto a la universalización, el debate se centró entre la visión de los nominalistas y la de los efectivistas. Para los primeros, la universalidad era solo un tema conceptual entre la concepción de seguro social y seguridad social. En cambio los efectivistas consideraban que la existencia de un 80% de población sin cobertura obedecía a un problema organizativo, técnico, financiero y además de carácter político.

Sobre este debate, cabe resaltar que la Constitución, no diferencia entre seguridad social y seguros sociales y no incluye tampoco todo el concepto de salud (art. 49) dentro del concepto de seguridad social (art. 48).” La Ley 100 de 1993, es ambigua en el manejo de los conceptos, pues en una parte distingue seguridad social y salud pública (art. 152), pero en otro artículo, integra la salud pública como un plan de beneficios de la seguridad social (artículo 175).

Es de aclarar, que la posibilidad de ampliar la cobertura de la seguridad social no era un tema nuevo en Colombia. En la Ley 10 de 1990 se hablaba de más universalidad y de ampliación de cobertura, proponiendo una bolsa común de recursos procedentes de las contribuciones obrero-patronales y del situado fiscal para salud. Lo anterior originó el art.49 de la Constitución, que en materia de salud conserva el esquema descentralizado para el manejo de las competencias de salud pública y de los subsidios establecidos por dicha Ley. Además se abrió la posibilidad de que la prestación de los servicios fuera ofrecida por entidades públicas y privadas.

Este debate se ve reflejado en la aprobación del artículo 48 de la Constitución, en el cual el concepto de Seguridad Social no es claro: no precisa qué se entiende por seguridad social y consagra principios contradictorios que obedecen a paradigmas

conceptuales diferentes. En la Carta Constitucional aparecen tres principios de seguridad social, la universalidad, la solidaridad y la eficiencia. Los dos primeros como aportes de Bismarck y el último, propuesto por los neoliberales, con el que se abre la puerta a la competencia y la concurrencia entre el sector público y el privado, para la prestación de los servicios públicos de seguridad social.²⁵⁸

Sin embargo, la ANC delegó en la Ley la definición del contenido concreto y los mecanismos operativos de la seguridad social y sus principios. En el artículo transitorio número 57, se encargó a la Comisión de Seguridad Social (CSS), el diseño de la propuesta de Ley sobre seguridad social. Ésta estaba integrada por diferentes sectores que en un plazo de 180 días debían elaborar la propuesta que serviría de base al gobierno para la preparación del proyecto de Ley sobre la materia. Al final del tiempo estipulado la Comisión no generó una propuesta concreta, sin embargo los documentos técnicos presentados ante la CSS se materializaron en el Ley 100 de 1993. En este escenario se identificaron las diferencias entre las distintas corrientes en torno a cinco temas: el monopolio, la privatización o la competencia; la solidaridad fiscal o parafiscal; el papel de los hospitales públicos y el Régimen Subsidiado; el papel del sector privado y los planes complementarios; y el plan obligatorio integral con régimen unificado de salud o la libertad de seguros y planes con preexistencias y exclusiones.

²⁵⁸ Siguiendo a Jaramillo, en el texto de “El futuro de la salud” (pag.37 y 38), sería importante entonces definir qué:

- La seguridad social incluye una serie de seguros: pensiones, cesantías, subsidio familiar, riesgos profesionales, enfermedad general y maternidad; pero no incluye a la salud pública y al saneamiento ambiental.
- Los servicios de salud de beneficio personal o individual, incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, y que son demandados explícitamente, se pueden manejar por medio del aseguramiento social, o por fuera de él, como prestaciones patronales o de asistencia pública, en cuyo caso la obligatoriedad o seguridad de la prestación se debilita o desaparece.
- Los servicios de salud pública propiamente dichos son de obligatoria prestación por parte del Estado, pero no se pueden manejar por el método de los seguros obligatorios cuando estos seguros tienen una cobertura limitada dado que los servicios de salud pública no tienen demanda explícita y deben ser universales y gratuitos”

De una parte el DNP, apoyó la visión neoliberal, siguiendo los modelos chileno y norteamericano, los cuales planteaban manejar dos subsistemas: el público y el privado, sin incluir la solidaridad; mientras que el Instituto de Seguros Sociales (ISS) tomó una posición bismarckiana con algún grado de apertura a la competencia en materia de prestación de servicios pero sin renunciar al monopolio de la afiliación y el recaudo en cabeza de la entidad, considerando la competencia en el aseguramiento como algo totalmente indeseable. SINTRAIS en representación de los sindicatos del seguro social y ASMEDAS, asociación de los profesionales de salud, presionaron por una mayor responsabilidad del Estado. En la mitad del debate, el Ministerio de Salud, no logró ejercer ningún liderazgo sobre la reforma a pesar de la validez de su propuesta. Como resultado de lo anterior, el gobierno retiró su propuesta de reforma y presentó al Congreso el proyecto 155 en septiembre de 1992 en pensiones. La respuesta de los parlamentarios fue que no se estudiaba el tema pensional independientemente sino que se debía presentar una reforma integral de la seguridad social.

Posteriormente, con el fin de responder a las presiones, entre octubre y noviembre de 1992, se elaboró, bajo la supervisión del ministro de salud, Gustavo de Roux y de Juan Luis Londoño, subdirector del DNP, un proyecto de seguridad social en salud preparado por técnicos del DNP, ISS, Ministerio del Trabajo y Seguridad Social y Ministerio de Salud.

“Este proyecto que conciliaba a bismarckianos con neoliberales, se conoció como el proyecto de Hato Grande, el cual daría origen a la Ley 100 de 1993, que acogió como líneas centrales de la reforma la separación de los regímenes contributivo y subsidiado en un contexto de competencia, a pedido de la Presidencia, pero articulándolos en condiciones de compensación y solidaridad por exigencia del ISS y del Ministerio de Salud”²⁵⁹.

²⁵⁹Ibíd., p.42-43.

En su momento el proyecto fue descartado por el presidente Gaviria por considerarlo “con demasiados vasos comunicantes que llevarían a la postre, inevitablemente al sistema único de seguridad social en salud.”; adicionalmente consideró que su debate podría entorpecer el proyecto de pensiones. Posterior a la renuncia del Ministro de Salud Gustavo de Roux, Juan Luis Londoño quien lo sucedió, presentó en diciembre de 1992 una adición de articulado al proyecto de Ley 155 conocida como el título XX, que como complemento al proyecto de pensiones, presentaba una nueva propuesta para salud con toques de chilenización, la cual no tuvo aceptación en el Congreso. Hacia el mes de marzo de 1993, el ministro Londoño retomó el proyecto de Hato Grande²⁶⁰ y lo perfeccionó con los aportes de una comisión de parlamentarios, los cuales estaban liderados por Álvaro Uribe-vocero del Grupo Antioqueño-, quien defendía una descentralización territorial del ISS con apertura al mercado de servicios. Además incorporó las ideas del representante Jaime Arias Ramírez, quien presentó algunos componentes del sistema de salud norteamericano. A lo anterior se sumó el aporte gremial de la Asociación Colombiana de Medicina Integral (ACEMI) y de las Cajas de Compensación Familiar. Finalmente, con el liderazgo y capacidad negociadora del ministro Londoño, el anteproyecto de Hato Grande se convirtió en la Ley 100 de 1993.

De otra parte, la Constitución Política de 1991, incorporó la concepción de los “derechos fundamentales”, otorgándole a la ciudadanía mecanismos para su disfrute y defensa en caso de negación, lo cual significó el fin del Sistema Nacional de Salud por la consagración de la salud como un derecho “fundamental para los niños” (art.44 C.P.); además, se estableció el derecho a la seguridad social integral de las personas de la tercera edad (art.46 C.P.), se enunció el derecho irrenunciable a la seguridad

²⁶⁰ “La propuesta de Hato Grande no fue la única. Varias personas e instituciones presentaron sus iniciativas de reforma: Asmedas, Fedecajas, Acemi, Instituto FES de Liderazgo y el proyecto de ley 248 elaborado por las centrales obreras”. En RODRIGUEZ SALAZAR, Oscar (Editor), ¿Hacia una reforma del Sistema de Seguridad Social: salud, pensiones y riesgos profesionales? Op. Cit., p 79.

social (art.48 C.P.) y se definió la atención de la salud como servicio público a cargo del Estado (art.49 C.P.)²⁶¹.

En adelante, la seguridad social se podría prestar a través de entidades públicas o privadas (art.48 C.P.), y los servicios de salud serían descentralizados y por niveles de atención, con participación de la comunidad. El Estado estaría obligado a organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud, de forma eficiente y solidaria, con sentido de universalidad; a reglamentar la prestación de los actores privados, y a diseñar medidas de vigilancia y control sobre ellas; por último, a definir las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, determinando los aportes de cada uno de acuerdo con los términos y condiciones señalados en la Ley (art.49 C.P.):“En general, mediante la Constitución se instituyeron las bases para la estructuración de un nuevo Sistema de Salud con la participación de agentes privados, la descentralización y separación de funciones entre los agentes, donde el Estado debía centrarse en dirigir y establecer las políticas, aspectos que más tarde se desarrollaron en las leyes 60 y 100 de 1993”²⁶²

Es decir que, si bien la reforma de la salud y el cambio de la Constitución estuvieron interrelacionadas, ambos procesos tuvieron un desarrollo autónomo. La salud como política pública del Estado se expresa en un “Sistema de Salud”²⁶³ que interrelaciona los diversos actores y su sostenibilidad. Así mismo, tomó fuerza otro punto de vista que planteaba el “derecho a la salud” como el conjunto de reclamos que los ciudadanos pueden hacerle a su Sistema de Salud, apoyándose en la Constitución y en el desarrollo que estos han tenido en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

²⁶¹Véase CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. Inclusión y exclusión social en Colombia, Op. Cit., p. 24.

²⁶²Ibíd.

²⁶³ Conjunto de instituciones, reglas y recursos en los que se articula de manera explícita el circuito financiación-prestación de la salud para los miembros de una comunidad. LÓPEZ MEDINA. *Sistema de Salud y derecho a la salud*, Op. Cit., p. 4.

“Desde el punto de vista del sistema la salud, pues, prevalece el análisis ‘macro’ de interrelación entre sus actores y la sostenibilidad futura del sistema (...) Desde el punto de vista del ‘derecho a la salud’, por otra parte, prevalece una visión ‘micro’ de la cuestión, más enfocada en el disfrute individual de derechos para el caso concreto y en la resolución autoritativa de conflictos al interior del sistema”²⁶⁴.

El “Sistema de Salud” debe satisfacer completamente las exigencias que hace el “derecho a la salud”. Pero esto no siempre es posible, lo que conduce a que se presenten tensiones entre “el ‘Sistema de Salud’ (tal y como quedó diseñado en la Ley 100 de 1993) y el ‘derecho a la salud’ (tal y como ha sido interpretado por los jueces constitucionales a partir de la Constitución y de documentos internacionales)”²⁶⁵. Además, el “proceso de discusión sobre la configuración del ‘Sistema de Salud’ resulta, no solamente deseable, sino ineludible dentro de una sociedad democrática”²⁶⁶.

Para los neoinstitucionalistas, las leyes se consideran reglas de juego formales e informales, es decir instituciones. Para Buchanan, las leyes son reglas “constitucionales” estratégicas, es decir, que mientras estén vigentes, en función de las mismas, se tomarán decisiones concretas de aplicación en la cotidianeidad. Igualmente, en la teoría de elección pública se afirma que una ley de este tipo no es más que el resultado de la participación de individuos racionales, de los agentes políticos llamados ciudadanos, en los procesos democráticos de construcción institucional de lo público y colectivo.²⁶⁷

Para esta corriente los costos de transacción de la Ley 100, es decir, aquellos costos que han ido más allá de su aplicación programada serían: los recursos para

²⁶⁴ *Ibíd.*

²⁶⁵ *Ibíd.*

²⁶⁶ *Ibíd.*

²⁶⁷ VELEZ RAMIREZ, Humberto. Economía neoinstitucional construcción- deconstrucción de instituciones y Ley 100 de 1993, En RODRIGUEZ, Oscar, *Op.cit.* p 112.

salud, públicos o privados, desviados hacia el financiamiento de clientelas que trabajan en favor de la gobernabilidad del régimen político o hacia pagos realizados, desde el mercado, para la obtención de contratos.

También bajo la mirada de la economía neoinstitucional, se pueden formular preguntas acerca del papel que juegan los actores y fuerzas presentes en la determinación de la legislación en general y de la Ley 100 en particular. La Ley 100 sería el resultado de un proceso de creación de instituciones, como construcciones individuales en una sociedad donde las dinámicas del mercado de salud se encontraban entorpecidas, viciadas y entrabadas por la acción del Estado.

CONCLUSIONES

Al realizar la aproximación al desarrollo histórico de la salud en Colombia, se observa que la misma ha estado en consonancia con la evolución de las políticas en salud en los ámbitos mundial y regional. Los cambios en la concepción de la salud y los avances que se han dado a nivel técnico-científico han logrado una evolución en el cuidado médico que se ha traducido en un mejoramiento sistemático de condiciones de la salubridad básica, permitiendo disminuir las enfermedades prevenibles, incrementar la cobertura de salud e incorporar nuevas opciones terapéuticas. Con esta evolución los sistemas de salud se han consolidado constituyéndose en un pilar de la seguridad social, que sin embargo se ve afectado por las situaciones que enfrenta la economía mundial.

La salud en el país ha pasado por varias etapas: el higienismo, salud pública, salud y desarrollo, Sistema Nacional de Salud (SNS) y finalmente el SGSSS; etapas que se han caracterizado por la fragmentación en la prestación de los servicios de salud por parte de los diferentes subsectores tanto públicos como privados. En cada etapa se han podido identificar los procesos políticos y económicos que han

permeado las directrices del sector; la salud no es ajena a las situaciones cambiantes del país viéndose afectada por los problemas derivados del clientelismo, la corrupción, la cooptación del Estado, las formas de violencia, el conflicto armado, las desigualdades sociales y económicas, entre otras.

Dos importantes procesos se vivieron a partir de los años 80, el primero de índole económico, consecuencia de la apertura económica e internacionalización del país. El segundo proceso de índole político, buscaba fortalecer el Estado, recuperar su legitimidad, y superar el carácter excluyente del régimen político por medio de la reforma Constitucional de 1991 que estableció los derechos fundamentales que acabaran con las inequidades de la población menos favorecida.

En el art. 48 de la Constitución se observa la existencia de conceptos contradictorios para establecer el concepto de Seguridad Social: se consagran principios que obedecen a paradigmas diferentes: la universalidad, la solidaridad (Bismarck) y la eficiencia (neoclásico). Se dio paso a la concurrencia del sector público y el privado en la competencia para la prestación de los servicios de seguridad social, lo que ha generado ambigüedades y tensiones permanentes frente a las medidas que toma el gobierno.

La reforma al sistema de seguridad social puede considerarse un asunto eminentemente político utilizado para ganar gobernabilidad. Durante el proceso desarrollado en la Asamblea Nacional Constituyente (ANC), luego de presentarse muchas discusiones entre los diferentes sectores acerca de cuáles orientaciones en materia de política social, debería seguir el país para establecer el nuevo modelo de salud, la Asamblea no logra llegar a un acuerdo y luego de otros intentos como la conformación de una Comisión de Seguridad Social, con un nuevo Ministro se lleva un proyecto al Congreso en donde finalmente se expide la Ley 100 del 93.

En el siguiente capítulo se busca reflexionar sobre el modelo de salud adoptado por Colombia; analizar sus aspectos de organización y funcionamiento así como los factores de índole económica, político y jurídico que han influido en el desarrollo del mismo, con el fin de evidenciar si en el desarrollo del modelo se ha contemplado la salud como un derecho fundamental como se plantea en los principios del ESD o si éste plantea la salud como un servicio.

III. EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA. 1993-2015.

La seguridad social busca garantizar que la calidad de vida de las personas no sufra una pérdida como consecuencia de una eventualidad de salud o desempleo y que en caso de muerte la familia tenga algún soporte económico. En esta perspectiva, la Seguridad Social hace parte de la política social del Estado, ya que es un bien público que brinda a los individuos protección a largo plazo, por las incertidumbres que se puedan presentar. La rigen los principios de universalidad, cobertura, integralidad, solidaridad, igualdad, suficiencia, participación y unidad.

Dentro de las coberturas de Seguridad Social, la más sensible para la población es la de salud ya que afecta a todos los individuos sin distinción de etnia, situación socioeconómica, nivel educativo o género; se considera un derecho humano, siendo reconocido por los organismos internacionales y por los pactos de derechos sociales y económicos mundiales y regionales. Contar con un adecuado sistema de salud mejora la calidad de vida de los ciudadanos de un país.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que los objetivos fundamentales de un sistema de salud son: mejorar la salud de la población, responder a las expectativas de las personas y brindar protección financiera contra los costos de la mala salud. Así mismo, define los Sistemas de Salud como "todas las actividades cuyo propósito primario es la promoción, el restablecimiento y el mantenimiento de la salud mediante intervenciones poblacionales o individuales, esta

definición compromete todas las organizaciones, instituciones y recursos cuya misión es mejorar la salud de los individuos"²⁶⁸.

Un sistema de salud debe adecuarse a las necesidades específicas en salud que tienen sus poblaciones, pero existen referentes, los cuales se deben evaluar para determinar sus lineamientos frente al contexto económico, político y social de cada país. Los principales modelos son: *Bismark*, *Beveridge*, *Mercado Privado de Salud* *el Híbrido* y *el Mixto Regulado*, este último fue el modelo acogido por Colombia en el Pluralismo Estructurado. Este modelo, basado en la escuela neoclásica, pretende resolver los problemas del debate entre Estado o mercado en salud. El énfasis en la modulación y la articulación, junto con las funciones tradicionales de financiamiento y prestación, le confiere el carácter “estructurado”. La modulación se fortalece en función de la apertura del Sistema de Salud, así como de su diversificación a través de la descentralización y la competencia creciente.

En Colombia el modelo es acogido mediante la promulgación de la Ley 100 de 1993, sancionada por el Presidente Gaviria, con la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), entre otros subsistemas, el cual tiene como objetivo la regulación del servicio público de salud para permitir el acceso de toda la población a todos los niveles de atención.

La Ley 100 combina el esquema competitivo de los mercados de aseguramiento y provisión de servicios de salud con la regulación del Estado, a través de sus entes, estableciendo el precio y el producto que las aseguradoras públicas y privadas deben brindar a los usuarios. Se definen dos regímenes: El Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado (población pobre y vulnerable) y se crean

²⁶⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Informe sobre la salud en el mundo, 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas - informe anual; 2000; Disponible en internet: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1

agentes en su mayoría privados para el aseguramiento y la prestación; para el primero se crean las Empresas Promotoras de Salud y para la prestación se conforma un mercado con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS): hospitales, clínicas, centros de salud, centros médicos, consultorios particulares y demás, los cuales compiten por la venta de servicios. Se crea el FOSYGA como entidad encargada de administrar los recursos del sistema.

La Ley 100 a lo largo de su implementación y desarrollo ha presentado una serie de dificultades para cumplir a cabalidad sus objetivos, en la medida en que el desarrollo del sistema ha encontrado obstáculos de índole estructural y funcional. Adicionalmente, se ha visto afectada por un proceso político de más de dos décadas y una permanente presión fiscal en aras de garantizar su sostenibilidad financiera, para ello, se han generado cambios en los aportes gubernamentales y el flujo de recursos del sistema de salud.

En este capítulo se analiza el modelo del SGSSS en sus aspectos de organización y funcionamiento, así como los factores económicos y políticos que han influido en su desarrollo. Así mismo, se pretende identificar los ajustes normativos e institucionales que se han dado en la evolución del SGSSS en respuesta a las crisis que ha sufrido el sector y a la necesidad de cumplir con la garantía del derecho fundamental a la salud dentro del marco constitucional del ESD.

A. MODELOS DE SALUD

Los sistemas de salud son influidos por los condicionantes sociales que definen qué servicios se van a proveer, cuáles son las prácticas médicas que se necesitan, el nivel de educación y los aspectos epidemiológicos de la población. La existencia de sistemas de salud organizados es relativamente reciente, por cuanto no superan los cien años y durante su existencia han sido objeto de varias reformas.

Se concibe un Sistema de Salud como el conjunto de valores, normas, instituciones, establecimientos, programas y actividades, cuyos objetivos son promover la salud, prevenir y controlar la enfermedad, atender a los enfermos e investigar y capacitar en estos campos²⁶⁹.

Para otros autores, los sistemas de salud incluyen todas las acciones sectoriales e intersectoriales que el Estado y la sociedad realizan en salud e involucran a un conjunto de actores y de acciones tanto del sector de salud y como de otros sectores.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud tiene como finalidad prevenir, mantener y mejorar el nivel de salud de la población a través de una oportuna política sanitaria.²⁷⁰ En el “Informe sobre la salud en el mundo-mejorar el desempeño de los sistemas de salud del año 2000”, se considera que los objetivos fundamentales del sistema de salud eran: mejorar la salud de la población, responder a las expectativas de las personas y brindar protección financiera contra los costos de la mala salud. Así mismo, definió los Sistemas de Salud como "todas las actividades cuyo propósito primario es la promoción, el restablecimiento y el mantenimiento de la salud mediante intervenciones poblacionales o individuales, esta definición compromete todas las organizaciones, instituciones y recursos cuya misión es mejorar la salud de los individuos"²⁷¹.

Los procesos socialmente organizados para la atención de pacientes hacen parte de la organización de los sistemas de salud en una población. La responsabilidad de

²⁶⁹ ARROYAVE ZULUAGA. La Organización de la Salud en Colombia, Op. Cit., p. 8.

²⁷⁰GOMEZ RIVADENEIRA, Alexander y PINEDA GRANADOS, Francy. Sistemas de Salud: definiciones, componentes y evaluación en Monitor Estratégico No 4. Superintendencia Nacional de Salud. Colombia julio –diciembre 2013 p. 86. En referencia a Frenk, J. (1997). Las dimensiones de la reforma del Sistema de Salud. En Ruiz Duran, Clemente. Los sistemas de Seguridad Social en el Siglo XXI, México D.F. p. 80-86.

²⁷¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), Op. Cit.

constituir redes de servicio, procedimientos de acceso, tránsito y control de las actividades orientadas a cumplir las necesidades y expectativas de los usuarios del sistema, constituyen en parte la razón de ser de los sistemas de salud. El fin de estos es la salud de individuos y poblaciones, y las intervenciones son el medio o instrumento para alcanzarlo. Por tanto, el objetivo del modelo de salud va más allá de la modificación de la forma como se realiza la prestación de servicios de salud, y apunta a integrar servicios individuales buscando su optimización, costo-efectividad e integrar estrategias de Bienestar y Salud.

Los sistemas de salud a nivel mundial se encuentran en permanente proceso de reforma y adecuación hacia nuevas realidades epidemiológicas, sociales y económicas. La tendencia es buscar el modelo más eficiente posible que considere aspectos de equidad, acceso universal a la atención de la salud y contención de costos con altos niveles de calidad. No existe una fórmula o un modelo de atención en salud perfecto, que pueda ser llevado a otro país de manera idéntica al de su país de origen, máxime cuando se trata de países con desarrollos económicos diferentes.

Cualquier modelo nuevo que se defina tendrá ventajas, pero también seguramente arrojará sus inconvenientes; la idea es buscar aquel modelo que supere en ventajas (acceso, calidad, equidad, eficiencia) al anterior, logre que las desventajas (inaccesibilidad, baja calidad, inequidad e ineficiencia) sean menores y, dentro de una realidad financiera, establezca mecanismos de contención de costos, pero también de incrementos presupuestales, (sobre todo con el fin de lograr ajustes en los rezagos), que en el largo plazo deben ser concordantes con el crecimiento económico del país.

Un sistema de salud responde a las necesidades de cuidado de salud que tiene una población determinada acorde con el sistema político reinante en ese país. Esto es así porque el sistema debe tener en cuenta los siguientes aspectos: las relaciones

sociales, el mercado laboral, la distribución de la riqueza, los sistemas de incentivos, el marco legal vigente y el debate político e ideológico.²⁷²

Según López Medina²⁷³, los sistemas de salud se mueven en rangos muy amplios, desde el monopolio total del Estado hasta sistemas de autosuministro de salud, completamente privados y optativos²⁷⁴.

A continuación se realizará una síntesis por los principales modelos de salud existentes al momento de formular la Ley 100 de 1993, para luego presentar los principales aspectos del modelo del pluralismo estructurado, el cual fue la base para el desarrollo del SGSSS de Colombia.

1. Generalidades de algunos Modelos de Salud

A comienzos del siglo XX, predominaba el modelo Higienista, el cual se focalizaba en aspectos preventivos, en especial la regulación del ambiente y los estilos de vida. En 1930 se pasó de este modelo a uno centrado en los servicios de salud, que para esa época eran soportados por las iniciativas de protección social. Después de la Carta de Ottawa en 1986, se retomaron las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dirigidas a la comunidad como un complemento de la atención individual en salud.

²⁷²Ibíd., p. 87, En: WORLD HEALTH ORGANIZATION (2007).Everybody's Business: Strengthening Health Systems to improve health Outcomes: WHO Framework for Action. Geneva, WHO.

²⁷³ LÓPEZ MEDINA, Diego. Sistema de Salud y derecho a la salud. Historia de su interrelación en la jurisprudencia constitucional, Bogotá, 24 de abril d 2008,Op,cit.p.7

²⁷⁴ Ibíd., p. 7. Estos modelos son tipos ideales porque ningún país tiene un modelo puro, así presente tendencias muy marcadas: en el derecho comparado se puede ver la descripción de modelos diversos de seguridad social en salud, discutidos por Carrasquilla (2008) y por Londoño y Frenk (1997).

Cabe resaltar que no existe un sistema de salud “puro”, en general predominan las formas mixtas o híbridas con alguna tendencia según las particularidades de las distintas regiones del mundo. Siguiendo a Arroyave, en la evolución de la seguridad social, los sistemas de estructuración y financiamiento de servicios de salud se han clasificado en tres modelos puros²⁷⁵ y en dos heterogéneos así:

Tabla 5. Modelos de estructuración y financiamiento de los servicios de salud

MODELO	CLASIF	CARACTERÍSTICAS	PAIS QUE LO APLICA (ej.)	TIPO
BISMARCK (Seguridad Social en Salud)	Clásico	Seguridad social obligatoria. Financiación tripartita (obrero, patrón, Estado). Modelo esencialmente público.	Alemania	Demanda
BEVERIDGE (SNS)	Clásico	Público e integrado. Financiación con impuestos generales.	Gran Bretaña	Demanda
MERCADO PRIVADO DE SALUD	Clásico	Lo financian las familias con sus propios recursos o con seguros privados (los planes se fijan según capacidad de pago). El Estado solo interviene en salud pública y atención de los ancianos e indigentes.	Estados Unidos	Oferta
HÍBRIDO	Heterogéneos	Segmentación en tres subsistemas independientes: de seguridad o previsión social, el hospitalario y el privado o Mezcla público-privado (predomina el gasto privado). Bajas coberturas y débil capacidad reguladora del Estado. (Colombia antes de la Ley 100 de 1993).	Predomina en varios países de América Latina	Demanda
MIXTO REGULADO	Heterogéneos	Basado en la eficiencia y calidad; atención gerenciada en salud y en los servicios hospitalarios; contención de costos. El dinero sigue al paciente (incentivos económicos a los actores). Focalización de los pobres para asignar eficientemente el gasto.	Actual modelo en Colombia.	Demanda

Fuente: Elaboración propia, con base en ARROYAVE ZULUAGA. *La Organización de la Salud en Colombia*, ob. cit. pp. 8-9

En Latinoamérica a partir de los años noventa, ha existido una tendencia hacia la privatización total o parcial de los sistemas y modelos de pensiones y salud, influenciado por los OEI. Esta tendencia ha evolucionado hacia diferentes tipologías

²⁷⁵Ibíd., p. 18. La Seguridad Social nació en Alemania como producto del proceso de industrialización, la organización de los trabajadores en asociaciones solidarias y sindicatos, y la presión de diferentes sectores. Impulsadas por el Canciller Otto von Bismarck, fueron refrendadas tres leyes sociales, que representan, hasta hoy, la base del Sistema de Seguridad Social Universal: el seguro contra enfermedad (1883), el seguro contra accidentes de trabajo (1884) y el seguro contra la invalidez y la vejez (1889). El sistema fue extendido a varios países y la Organización Internacional del Trabajo –OIT–, creada en 1919, lo adoptó en su preámbulo como una política a seguir por los países miembros de la organización.

acorde con las condiciones específicas de cada país aunque en su mayoría no han logrado las metas de calidad y cobertura.

Se puede decir que en América, para esta época, confluían los cinco modelos de salud descritos. EU lidera el modelo de mercado privado en salud. Colombia, Argentina, Uruguay y Chile adoptaron un sistema de aseguramiento mixto regulado. Bahamas, Barbados, Costa Rica, Cuba, Jamaica, Granada y Trinidad y Tobago tienen un sistema público integrado, que sigue el esquema de Gran Bretaña. Bolivia, Guatemala, Haití, México, Panamá, Perú, Venezuela, Ecuador, Guyanas, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Surinam y República Dominicana tienen sistemas híbridos, en los cuales hay baja cobertura individual y colectiva y débil capacidad reguladora del Estado. Por último, Brasil cuenta con un sistema de salud unificado basado en la corriente bismarkiana de seguridad social. En todos estos modelos, el pilar fundamental es el aseguramiento²⁷⁶ al menos en lo referente a las prestaciones de salud que los neoclásicos llaman bien privado puro.

La concepción de los Modelos de Salud proviene de la academia y la Organización Mundial de la Salud (OMS). En 1965, se publicó una primera aproximación sobre prevención de la enfermedad²⁷⁷. En 1977, la OMS, la UNICEF, el Banco Mundial y varios países desarrollados propusieron que se generara una política de desarrollo social y sanitario, que permitiera generar recursos de apoyo a

²⁷⁶Es importante entonces precisar algunos conceptos de la teoría del aseguramiento. Un Seguro es un contrato en el cual el asegurador (tomador del riesgo), se obliga con el asegurado (titular ó individuo que toma el seguro) mediante el cobro de una prima a abonar dentro de los límites pactados un capital u otras prestaciones convenidas frente a una daño imprevisto cuyo riesgo es objeto de cobertura. El riesgo es la probabilidad de ocurrencia de un siniestro contemplado dentro de las condiciones del seguro. El Siniestro es el evento que genera la indemnización. El amparo o la cobertura es el tipo de riesgo que asume el asegurador hasta por los límites acordados en el clausulado del seguro. Las tablas actuariales reflejan la probabilidad de ocurrencia del siniestro en función de variables como edad, sexo y frecuencias de uso, es el instrumento utilizado para cálculos de prima.

²⁷⁷Leavell HR, Clark HG (1965). Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach, tercera ed. Nueva York, McGraw Hill Book Co. En: ARROYAVE ZULUAGA. La Organización de la Salud en Colombia, Op. Cit., p. 18.

países en vía de desarrollo, con lineamientos claros en cuanto a tecnologías costo-efectivas, culturalmente aceptables y accesibles a las poblaciones pobres y vulnerables. En 1978 se concretó esta iniciativa en la Declaración de Alma Ata en la cual se propuso la Atención Primaria en Salud²⁷⁸ de la OMS, como una estrategia mundial, la cual definía como contenidos mínimos de la propuesta: educación sanitaria, alimentación y nutrición, agua potable y saneamiento básico, asistencia materna e infantil, planificación familiar, inmunizaciones, prevención y control de enfermedades endémicas locales, tratamientos de enfermedades comunes y traumatismos y provisión de medicamentos esenciales. Se estableció la meta de “Salud para todos en el año 2000” y se ratificó el concepto de salud como “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En esta Declaración, se concibe la salud como un derecho fundamental, un objetivo social prioritario y un compromiso político del Estado, que debe contar con recursos suficientes.

En 1986 tuvo lugar la I Conferencia sobre Promoción de la Salud y se proclamó la Carta de Ottawa, en la cual se reivindicaba el objetivo de "Salud para Todos en el año 2000", mediante una nueva concepción de la salud pública, en la cual

²⁷⁸ En el sexto punto de la Declaración de Alma Ata se señala que la Atención Primaria en Salud es “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad, con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. Disponible en internet: ARROYAVE ZULUAGA. La Organización de la Salud en Colombia, Op. Cit., p. 21.

se plantea la estrategia de promoción de la salud en el mundo²⁷⁹, y se da el debate sobre la acción intersectorial para la salud.

En los años ochenta, paralelo a las iniciativas de la OPS/OMS, los OEI, impulsaron cambios en las políticas públicas en salud, buscando integrarlas dentro de su estrategia de “ortodoxia neoliberal”. Estas propuestas se impusieron a las -hasta entonces-generadas por los organismos multilaterales propios del sector. La primera iniciativa se concretó en el documento del BM “Una agenda para la reforma” de 1987, en el que se plantea: cobro de aranceles a los usuarios según su capacidad de pago, aseguramiento en el sector salud para aliviar las finanzas públicas, incorporar el sector privado al sector salud y descentralización para mejorar la eficiencia en los servicios y el recaudo tributario. La segunda iniciativa, “Invertir en Salud” la plantea el BM en 1993, en ella se define un nuevo modelo para el financiamiento de los servicios de salud bajo tres lineamientos: fomentar entornos económicos que permitan a las familias mejorar su nivel de salud, mejorar el gasto público en salud y promover la diversidad y la competencia. Ambos documentos partieron de un enfoque económico neoclásico para la diferenciación de bienes privados y bienes públicos en salud.

En el documento de Pluralismo Estructurado, Frenk y Londoño señalan que como resultado del proceso histórico en la mayor parte de los países latinoamericanos, el aspecto crucial que han tenido que resolver los sistemas de salud es la cuestión de la integración. Tanto en la literatura académica como en los documentos oficiales, este término ha sido usado de múltiples formas, algunas de ellas incluso equívocas. Por lo tanto, es necesario especificar su significado. La integración se refiere a cada uno de los dos componentes esenciales de los sistemas

²⁷⁹La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones.

de salud: poblaciones e instituciones. Con base en estas dos dimensiones de la integración se presenta una tipología de los principales modelos de sistemas de salud en América Latina.

Tabla 6. Integración de funciones institucionales

INTEGRACIÓN DE POBLACIONES	Integración Vertical	Separación
Integración Horizontal	Modelo público unificado (e.g., Cuba, Costa Rica)	Modelo de contrato público (e.g., Brasil)
Segregación	Modelo segmentado (la mayoría de los países latinoamericanos)	Modelo privado Atomizado (e.g., Argentina, Paraguay)

Tomado de LONDOÑO y FRENK. Pluralismo Estructurado, ob. cit., pp. 9

En el modelo público unificado el Estado financia y suministra directamente los servicios a través de un sistema único integrado verticalmente. En este sistema se logra la integración horizontal de la población pero se pierde la libertad de elección y existe un monopolio gubernamental. Cuba es un ejemplo de este modelo. Existe una variante menos extrema en Costa Rica en donde el sistema público es casi universal pero no existen limitaciones legales para elegir otras opciones de servicio.

En el modelo privado atomizado la función de financiamiento se realiza a través de desembolsos de los consumidores, o por medio de múltiples agencias de seguros privados, las cuales reembolsan a los prestadores de servicios sin que exista una integración vertical. En Latinoamérica, Argentina y Paraguay se acercan a este modelo.

En el modelo de contrato público el financiamiento público se combina con una participación privada en la prestación de servicios mediante esquemas de

contratación. Bajo este modelo los proveedores cuentan con un buen campo de acción ya que se fomenta la competencia. El plan de salud no tiene discriminación por tipo de población por lo que se habla de una integración horizontal. El problema de éste modelo es la falta de articulación que con frecuencia depende del esquema de financiamiento que además conduce a una fragmentación de servicios afectando el control sobre la calidad de la prestación y los costos finales de la atención. En Latinoamérica, Brasil es un ejemplo de este modelo aunque no ha alcanzado los niveles de eficiencia e igualdad del sistema de salud Canadiense, el cual tiene un mayor nivel de modulación y autorregulación profesional.

El modelo segmentado es el más común en América Latina. En éste hay una segmentación de la población en tres grupos de acuerdo con su capacidad de pago así: el primero lo constituyen los pobres, los cuales reciben los servicios de salud vía caridad o fundaciones eclesiásticas o filantrópicas. En segundo lugar se encuentra el trabajador del sector formal de la economía, quien está cubierto junto con su familia, por instituciones de seguridad social. En el tercer grupo se encuentran las clases medias y altas urbanas, las cuales son atendidas por seguros privados, que no están cubiertos por la seguridad social. Este modelo puede describirse como de integración vertical con segregación horizontal de las poblaciones acorde con su estatus social o capacidad de pago, lo cual genera desigualdad e iniquidades.

Los autores del documento de Pluralismo Estructurado indican que las deficiencias de los modelos descritos han llevado a plantear un movimiento de reforma del sistema de salud para América Latina y para otras partes del mundo. Las estrategias de cambio que han primado en relación con la organización de los servicios de salud han sido las de privatización y descentralización, La primera se puede ver en el modelo chileno con las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES); en la segunda la responsabilidad de salud recae en manos de las autoridades locales, en éste caso cabe destacar los modelos de Brasil y Bolivia. En

estas estrategias se ha encontrado incompatibilidad con políticas de equidad por cuanto los modelos no han producido los resultados esperados en términos de eficiencia. Por lo anterior, los autores del documento hacen una nueva propuesta la cual es denominada el pluralismo estructurado, buscando un nuevo modelo que conjure los problemas de inequidad, ineficiencia y falta de calidad.

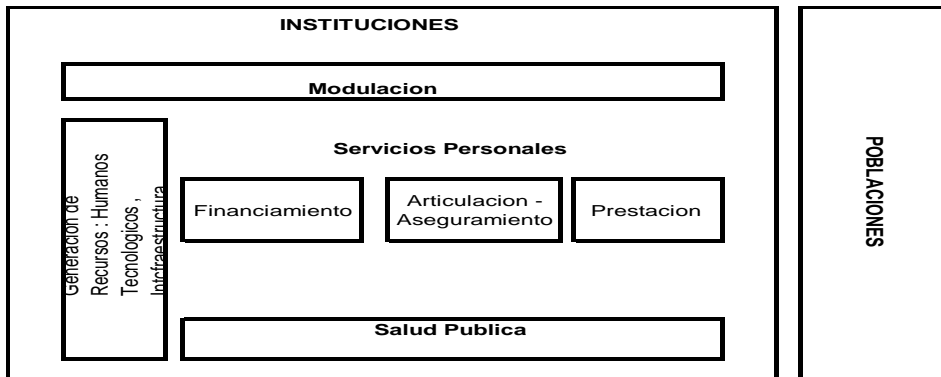
2. El Pluralismo Estructurado

El Banco Interamericano de Desarrollo en 1997, publicó el documento “Pluralismo Estructurado. Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina”²⁸⁰, en el cual Londoño y Frenk hacen una revisión de los modelos de salud existentes relacionando dos aspectos básicos de los mismos: las instituciones y la población a atender. Entienden los sistemas de salud “como un conjunto de relaciones estructuradas entre dos componentes fundamentales: las poblaciones y las instituciones”. Las primeras, presentan una serie de condiciones que constituyen necesidades de salud, las cuales, requieren de una respuesta social organizada por parte de las instituciones.

En cada sistema de salud, esta respuesta a las necesidades de la población se estructura a través de ciertas funciones básicas de las instituciones las cuales se esquematizan en la siguiente figura:

²⁸⁰LONDOÑO y FRENK. Pluralismo Estructurado, Op. Cit., p. 16-20.

Gráfico 2. Componentes de los sistemas de salud



Tomado de LONDOÑO y FRENK. *Pluralismo Estructurado*, ob. cit., pp. 8

Un Sistema de Salud debe contemplar los servicios de salud personales y públicos. Los primeros los conforma el conjunto de acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se aplican directamente a los individuos, los cuales absorben la mayoría de los recursos de salud. Los servicios de salud pública se refieren a las acciones que se dirigen ya sea a las colectividades (p.e., educación masiva en salud), o a los componentes no humanos del ambiente (p.e., saneamiento básico).

Según Londoño y Frenk, los sistemas de salud modernos no se limitan a un conjunto de instituciones que proporcionan servicios, sino que abarcan un grupo diversificado de organizaciones que producen los insumos necesarios para prestar esos servicios. Entre estos se encuentran, las universidades e instituciones que forman en salud, las cuales suelen tener el doble papel: formar recursos humanos y suministrar servicios de salud; los centros de investigación producen conocimiento y desarrollan nuevas tecnologías; y existe además un extenso grupo de empresas que forman el complejo médico-industrial, tales como las compañías farmacéuticas y de equipo médico.

Las funciones de financiamiento y prestación son las más conocidas. En sentido estricto, el financiamiento se refiere a la movilización de recursos de fuentes

primarias (hogares y empresas) y de fuentes secundarias (el gobierno en todos los niveles y los organismos internacionales), y a su acumulación en fondos reales o virtuales (por ejemplo, fondos para el aseguramiento público, presupuestos públicos para la atención a la salud, ahorros familiares), que pueden ser asignados a través de diversos arreglos institucionales para la producción de servicios. A su vez, la función de prestación se refiere a la combinación de insumos dentro de un proceso de producción, la cual ocurre en una estructura organizacional particular y conduce a una serie de productos (p.e., servicios de salud) que generan un resultado (p.e., cambios en el estado de salud del usuario). Como se examinará más adelante, es posible concebir un “proceso de financiamiento-prestación” integrado por una serie de pasos o subfunciones.

Al lado de estas dos funciones tradicionales, todo sistema de salud tiene que desempeñar una serie de funciones cruciales que pueden agruparse bajo el concepto de “modulación”. Este implica establecer, implantar y monitorear las reglas del juego para el sistema de salud, así como imprimir en el mismo una dirección estratégica. El establecimiento de las reglas del juego es un proceso complejo en el que es necesario equilibrar los intereses de los diversos actores.

La última función del sistema de salud, se denomina “articulación o aseguramiento” y se encuentra en un punto intermedio entre el financiamiento y la prestación; en muchos de los sistemas de salud ha sido absorbida por cualquiera de las otras dos funciones, por lo que se ha mantenido como una función implícita.

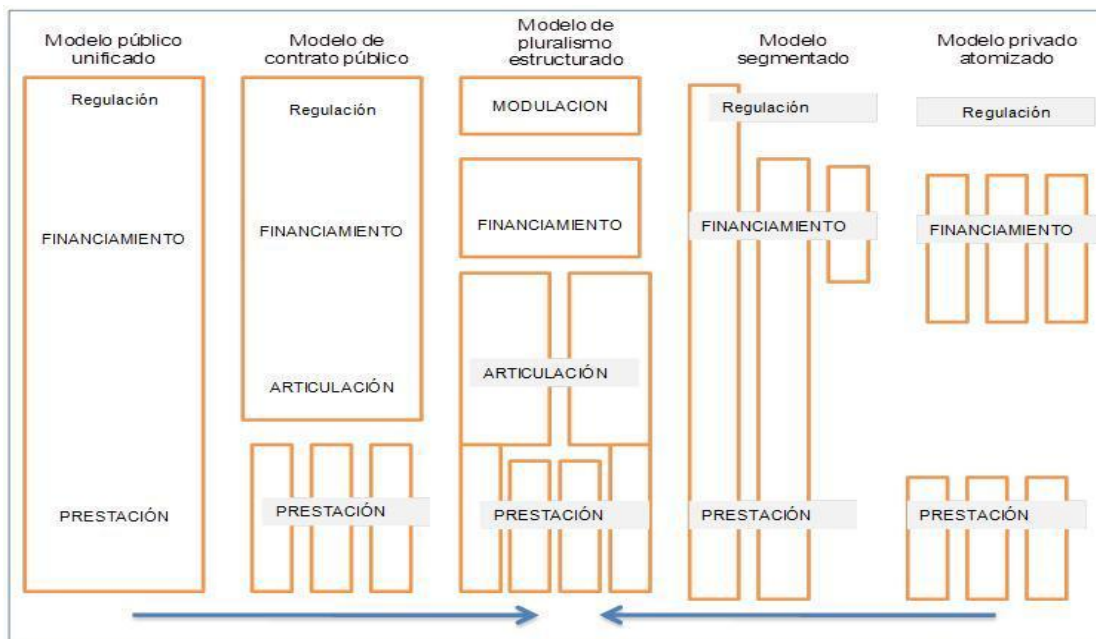
Una de las innovaciones importantes en algunas de las propuestas de reforma, ha sido la de explicitarla y asignar la responsabilidad de llevarla a entidades diferenciadas. Así, “articulación” corresponde a lo que Chernichovsky (1995) llama “organización y gerencia del consumo de la atención”. Esta función abarca también las de agregación de demanda y representación de consumidores, que sea

signan a lo que se conoce como el “patrocinador” en los modelos de competencia administrada (Enthoven, 1988; Starr, 1994).

“El concepto de “pluralismo estructurado” intenta expresar la búsqueda de un punto medio entre los arreglos polares que tanto han dañado el funcionamiento de los sistemas de salud. “Pluralismo” evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado. “Estructurado” evita los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado”²⁸¹

El pluralismo estructurado incorpora los aspectos positivos del modelo de contrato público superando las limitaciones de éste y preservando la movilidad de la población mediante la integración horizontal, y separando funciones. La principal diferencia entre los dos modelos es que las funciones de modulación y articulación se vuelven explícitas y se fortalecen.

Gráfico 3. Convergencia entre los modelos de Sistema de Salud



Fuente: LONDOÑO y FRENK. *Pluralismo Estructurado*, ob. cit., p. 23.

²⁸¹ LONDOÑO y FRENK. *Pluralismo Estructurado*, Op. Cit., p. 16.

“La modulación implica establecer, implantar y monitorear las reglas de juego para el Sistema de Salud, así como imprimir una dirección estratégica. Abarca un núcleo irreductible de funciones públicas y se convierte en la misión principal del Ministerio de Salud, en su carácter de entidad responsable de imprimir una dirección estratégica al sistema en su conjunto. En lugar de ser un proveedor más de servicios –por lo general el más débil–, el Ministerio de Salud aseguraría una interacción equilibrada, eficiente y equitativa entre todos los actores mediante la estructuración de reglas e incentivos adecuados”²⁸².

El énfasis en la modulación y la articulación, junto con las funciones tradicionales de financiamiento y prestación, le confiere el carácter “estructurado” a este tipo de pluralismo. La modulación se fortalece en función de la apertura del Sistema de Salud, así como de su diversificación a través de la descentralización y la competencia creciente.

En la acción público-privada, la importancia de la modulación como una responsabilidad pública esencial queda subrayada por el creciente pluralismo en las otras funciones. La acción de modulación debe estar a cargo de instancias neutrales que se encuentren por encima de cualquier interés particular.

El cambio de la misión de los ministerios de salud hacia la modulación los fortalecería, ya que es la preocupación por los detalles en la operación directa de los servicios lo que los debilita. Para poder lograr este desarrollo, la modulación incluye cinco funciones más específicas: desarrollo del sistema, coordinación, diseño financiero, regulación propiamente dicha (regulación sanitaria de bienes y servicios y regulación de la atención de la salud) y protección al consumidor.

La función de la articulación se encuentra en un punto intermedio del “proceso de financiamiento-prestación”. El primer paso es la captación de dinero por

²⁸²Ibíd., p. 8.

las agencias financieras y la acumulación de ese dinero en fondos. Fuentes de financiamiento son la población (hogares y empresas), los ingresos tributarios por impuestos generales y a la nómina, contribuciones especiales y primas de seguro. Una vez estos recursos llegan a las agencias financieras correspondientes, se deben articular en paralelo dos interfaces: poblaciones-prestadores de servicios y agencias financieras-prestadores de servicios.

Para las poblaciones-prestadores se incluyen tres importantes subfunciones: 1) la administración de riesgos: afiliación de poblaciones (los riesgos se dispersan y se reduce la incertidumbre financiera en su interacción con los prestadores). Las organizaciones articuladoras de servicios de salud reciben un pago por asumir los riesgos asociados con la cobertura de eventos inciertos. Este pago debe ser una capitación ajustada por riesgo, que fije un tope a los gastos y genere un incentivo equitativo que les permita competir; 2) la administración del acceso: operacionaliza varios aspectos como los procedimientos para el ingreso y la salida de los clientes en el Sistema de Salud; los paquetes de beneficios o de intervenciones, y la organización de redes integrales de proveedores y 3) la representación de los intereses de los consumidores, operando como un comprador cauto de servicios de salud a su nombre. Estas tres subfunciones aseguran un uso costo-efectivo de los recursos, buena calidad técnica y satisfacción del usuario.

La articulación entre agencias financieras-prestadores de servicios canaliza los recursos mediante: 1) el diseño de incentivos, en la cual la clave es el mecanismo de pago. Una buena estructuración permitirá que los prestadores reciban el pago impulsando su eficiencia y su respuesta a tiempo a los consumidores; 2) el diseño del sistema, que consiste en contar con un paquete de beneficios o intervenciones adecuados que le permitan a la agencia financiera estar segura de que la inversión en salud está produciendo los mejores rendimientos y 3) la gestión de la calidad, o verificación de la certificación de la competencia de los proveedores y monitoreo de

los procesos y resultados de la atención. Incluye tanto los aspectos técnicos como la satisfacción del consumidor.

La función de articulación permite una conexión transparente entre los diversos componentes del proceso de financiamiento-prestación. Una de las principales ventajas de esta propuesta es que fomenta la simplificación de las tareas públicas, ya que reemplaza el control burocrático por una relación directa entre los actores basada en incentivos adecuados. Desde el punto de vista funcional, la separación entre el financiamiento y la prestación se mantiene en el nivel del Sistema de Salud. Desde el punto de vista organizacional, las entidades articuladoras pueden desempeñar varias de las funciones del proceso de financiamiento-prestación, ya que buscan las formas de integración más eficientes.

El hecho de estructurar la competencia mediante la modulación y la articulación ofrece un punto intermedio equilibrado entre esos dos extremos, con el potencial de una gran mejoría en el desempeño de los sistemas de salud²⁸³.

Félix Martínez en su análisis sobre el concepto de “pluralismo estructurado” dice que éste

“intenta expresar la búsqueda de un punto medio entre los arreglos polares que tanto han dañado el funcionamiento de los sistemas de salud: el “Pluralismo” evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado. “Estructurado” evita los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado. Es interesante señalar que los extremos opuestos pueden terminar teniendo el mismo efecto nocivo. Por ejemplo, la subordinación de los consumidores es un resultado común tanto del modelo público unificado a través de la ausencia de elección como del modelo privado atomizado a través de la asimetría de la información. En ambos casos, los

²⁸³Ibíd., p. 6-24.

consumidores quedan subordinados, ya sea a los prestadores de servicios o a los aseguradores. Con frecuencia, el dilema real no radica en el hecho de que los servicios sean públicos o privados, sino en quién tenga la soberanía: el proveedor, el asegurador o el consumidor²⁸⁴.

Una vez revisadas las principales características de los modelos de salud y en especial los lineamientos generales del denominado modelo del pluralismo estructurado, a continuación se presentan los principales aspectos del modelo de aseguramiento adoptado por Colombia a partir de la Ley 100 de 1993.

B. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SGSSS

El Presidente Cesar Gaviria al promulgar la Ley de Seguridad Social lo hizo en el marco del plan de desarrollo “la Revolución Pacífica”, con la intención de que se eliminara definitivamente el monopolio del Estado en la prestación de la seguridad social y establecer un sistema competitivo que permitiera una mayor equidad, eficiencia y calidad del mismo.²⁸⁵ El cambio incluía un aumento en la cobertura de servicios de salud, buscando la universalidad de los mismos y financiado por solidaridad de los usuarios con mayor capacidad de pago y con aportes de la Nación a través del presupuesto nacional.

Aunque esta nueva Ley fue un trabajo colectivo de la Cámara, el Senado y en especial de las Comisiones Séptimas, los verdaderos protagonistas fueron los senadores Álvaro Uribe Vélez y María del Socorro Bustamante, quienes se encargaron de conciliar los diferentes proyectos y sacar adelante la iniciativa gubernamental junto al Ministro de Salud Juan Luis Londoño. Según Iván Jaramillo,

²⁸⁴ MARTÍNEZ MARTÍN, Félix León. La reforma fue siempre propicia a integración vertical entre aseguramiento y prestación de servicios. En: El pulso, Medellín, año 5 No.65 febrero de 2004.

²⁸⁵Palabras del Presidente de la República Cesar Gaviria Trujillo, en el acto de sanción de la Ley de Seguridad Social. Santafé de Bogotá, diciembre de 1993.

la nueva Ley sintetiza el triunfo de las posiciones flexibles y la derrota de las posiciones fundamentalistas y ortodoxas puras.

El 23 de diciembre de 1993, la Ley 100 del 1993, fue sancionada por el Presidente de la República y en 1994 se empezó a crear toda la base institucional de la Reforma de la Seguridad Social a través de los distintos decretos reglamentarios.

En salud, la Ley 100 define trece propósitos²⁸⁶:

- **La institucionalización de las empresas públicas:** se mueve dentro del esquema de separar funciones, introducir la competencia y promulgar la especialización institucional en aras de conseguir la eficiencia y eficacia. Adicionalmente, se propone separar los sistemas de dirección de la salud del sistema de prestación de los servicios, otorgando autonomía administrativa a los hospitales, liberando al Ministerio de Salud de funciones administrativas y creando direcciones locales y seccionales de salud. A las EPS se les otorga el manejo de las afiliaciones, recaudo y manejo del aseguramiento, mientras que a las IPS se les especializa en la provisión de los servicios. La Superintendencia Nacional de Salud asume su papel de control del sistema mientras que el Ministerio de Salud conserva la rectoría técnica y política en salud. Se crea el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), el cual será el encargado de la regulación administrativa y financiera de la Seguridad Social.
- **Lograr la cobertura Universal de Servicios Asistenciales:** Éste fue un propósito de la Ley 100y de la Constitución de 1991. Para lograr la cobertura universal en la prestación de los servicios asistenciales de salud se establecieron

²⁸⁶JARAMILLO, Iván. Op. Cit., El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993 cinco años después. p.63-73.

tres regímenes a los cuales se les otorgó recursos de financiación específicos así: *régimen contributivo (Régimen Contributivo)*, autofinanciado totalmente con los aportes obrero-patronales obligatorios, se estimó que llegaría a cubrir al 70% de la población colombiana. *Régimen Subsidiado (Régimen Subsidiado)*, con subsidios a la demanda de origen fiscal y de solidaridad parafiscal que podría llegar a cubrir aproximadamente un 30% de la población (2001) y por último *el de servicios o planes de atención complementaria*, regidos por las reglas del mercado, sin financiación por parte del Estado y que podría llegar al 10% de la población con más recursos. Uno de los cambios más relevantes al instaurarse la Ley 100 fue el cambio en el Régimen Contributivo, el cual con la reforma amplía la cobertura al grupo familiar, extiende la obligatoriedad de la afiliación a todos los trabajadores (asalariados e independientes). El papel de asegurador se le otorga a las EPS públicas o privadas, las cuales tendrían el papel de penetrar en los diferentes mercados y se garantizaría la libre elección.

- **Crear el Régimen Subsidiado:** La reforma busca incluir a la población de escasos recursos que no tiene capacidad de contribución plena mediante el otorgamiento de subsidios a la demanda y bajo el aseguramiento de las EPS subsidiadas. Corresponde a las alcaldías y a las direcciones seccionales y locales de salud clasificar socioeconómicamente a la población pobre, otorgar los subsidios y fomentar las organizaciones para su administración. Este sistema substituye el anterior sistema de subsidios a la oferta representados en los presupuestos que tradicionalmente recibían los hospitales públicos.
- **Incorporar al sector privado:** El nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud busca incorporar a las entidades privadas al sector asegurador, constituidas por las Empresas de Medicina Prepagada y las Empresas de Seguros de Salud a través de su transformación en EPS o el ofrecimiento de Planes Complementarios de Salud

al POS con servicios adicionales de mejor calidad sobre todo en términos de atención al cliente, hotelería hospitalaria y tecnología.

- **Fomentar la Competencia y la Libre elección:** La Ley 100 contempla reglas de mercado como la de la competencia y la libre elección para garantizar la mejora en la calidad de los servicios. Los usuarios tienen la opción de escoger tanto la EPS que asegura su POS como las IPS de atención.
- **Garantizar un Plan Integral de Salud:** A diferencia de los planes privados, el POS define no manejar preexistencias; además establece el acceso a los usuarios del plan subsidiado a un plan básico que debería con el tiempo ir mejorando progresivamente en servicios, condiciones de hotelería, tecnología e insumos. En consecuencia tanto las EPS del Régimen Contributivo como las del Régimen Subsidiado deben ofrecer un POS que incluya servicios asistenciales en condiciones básicas de calidad y con suficiencia tecnológica y hotelera que determine el Ministerio de Salud. Se establece como exclusiones los procedimientos de índole estético y los no probados científicamente y se determinan periodos de carencia con el fin de promover la fidelidad al sistema de cotizaciones. Para los usuarios con capacidad de pago, las EPS pueden ofrecer Planes Complementarios.
- **Garantizar la Prevención y la Promoción:** La Ley 100 desde su inicio contempla la prestación de servicios de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad con el ánimo de manejar un modelo preventivo en salud. Como lineamiento de Ley se definen las siguientes estrategias: Primero, implementación del Plan de Atención Básica bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y las Direcciones Territoriales de Salud, Segundo, considerando que el Sistema que se maneja es de capitación, se obliga a las EPS a implementar estrategias preventivas

con el ánimo de disminuir el costo por actividades curativas y de rehabilitación. Y tercero, al generar un fondo especial de tipo parafiscal, se favorece a las EPS en el desarrollo de programas especiales de Promoción y Prevención. Se esperaría que esta iniciativa impactara positivamente en los objetivos de la Salud Pública.

- **Garantizar la atención de riesgos catastróficos:** la Ley crea una cuenta especial para el manejo de recursos destinados a cubrir los costos de salud ocasionados por catástrofes naturales y sociales. Adicionalmente se obliga a las EPS a tomar seguros o reaseguros para cubrir riesgos catastróficos, con lo cual además de prevenir la selección adversa, se garantiza una adecuada financiación para las atenciones que requieren alta tecnología.
- **Crear mecanismos de compensación y solidaridad:** El sistema prevé que el recaudo de los aportes se haga a través de las EPS quienes tienen la obligación de transferir el superávit por concepto de cotizaciones superiores a las UPC definida por grupo etario, sexo y localización geográfica a un fondo que redistribuye la cotización en las EPS que trabajan con población de bajos ingresos y alto riesgo. Además como mecanismo de solidaridad el Régimen Contributivo establece el aporte de un punto de su cotización al sistema subsidiado, adicionando esos recursos a otros procedentes del presupuesto nacional y de las contribuciones de los afiliados. Para el manejo de los recursos se crea el Fondo Nacional de Salud con Funciones de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) a través de algunas cuentas financieras del sector, entre las cuales se encuentra la cuenta de prevención y promoción, la cuenta de solidaridad, la cuenta de compensación y la cuenta de catástrofes y accidentes de tránsito.
- **Crear mecanismos de control de costos:** El sistema prevé mecanismos para garantizar el control de costos y viabilizar el sistema de compensación entre las

diversas EPS. Por lo anterior el sistema define una Unidad de Pago por Capacitación (UPC) acorde con variables de grupo etario, ciudad y sexo. Las EPS reciben esos aportes, los cuales deben ser suficientes para la prestación de servicios. El sistema incentiva el pago por capacitación para servicios ambulatorios de las IPS y el pago por evento para servicios hospitalarios.

- **Reformar los Hospitales:** Se considera que los hospitales públicos han funcionado con ineficiencias por lo que se promueve el cambio a Empresas Sociales del Estado (ESE), dentro de un sistema competitivo sustituyendo en forma progresiva los subsidios a la oferta por subsidios a la demanda de acuerdo con la cobertura, la eficiencia y la calidad. Con lo anterior se busca promover la eficiencia de los hospitales públicos y focalizar los subsidios fiscales en el Régimen Subsidiado.
- **Manejo descentralizado de la Salud Pública y de los Subsidios a la Demanda:** Con la Ley 100 se descentralizó formalmente el Sistema de Salud, otorgando a los municipios y departamentos competencias y recursos para que se hicieran responsables de la salud. Las Leyes 60 y 100 del 93 fortalecen esta decisión sobretudo en las funciones y servicios propios de la salud pública y el saneamiento ambiental. Los alcaldes y gobernadores además de identificar a la población pobre, beneficiaria de subsidios, son los encargados de la contratación de entidades públicas y privadas para la administración de los subsidios.
- **Redefinición del sistema de dirección y control:** En poder del Ministerio quedaron las funciones de rectoría, dirección técnica, políticas y los programas de salud pública. El control quedó a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) y el CNSSS, rector del SGSSSS en temas administrativos y financieros

tales como el valor y la destinación de las contribuciones, el valor de las UPC, las tarifas y los requisitos de las EPS y las IPS.

Acorde con los anteriores propósitos, la estructura del mercado de aseguramiento en salud en Colombia se organizó por medio del Sistema de Seguridad Social Integral y como una parte de este, por la Ley 100 de 1993, se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS–, que tenía como fin la regulación del servicio público de salud para permitir el acceso de toda la población a todos los niveles de atención del servicio. Dicho Sistema se fundamenta en los principios de universalidad, equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, participación social e integración funcional, establecidos en los artículos 48, 49, 334 y 365 de la Constitución Política.

La Ley 100 introdujo nuevas instituciones tanto para el aseguramiento como para la prestación de servicios de salud, creando los mercados para ello. El sistema siguió los lineamientos principales del modelo de “Pluralismo Estructurado”²⁸⁷ o “competencia regulada”²⁸⁸. De esta manera, el modelo de salud aplicado combinaría el esquema competitivo de los mercados de aseguramiento y provisión de servicios de salud con la regulación del Estado, a través de sus entes, estableciendo el precio y el producto que las aseguradoras públicas y privadas deben brindar a los usuarios²⁸⁹. El Ministerio de Salud empezó a sufrir cambios institucionales para ajustarse a los nuevos requerimientos del Estado. En el área institucional se modificó la integración

²⁸⁷ Según, Álvarez Castaño. La reforma colombiana se basó en los conceptos del pluralismo estructurado y de la llamada atención controlada o managed care. En términos generales, los lineamientos que siguió el modelo aplicado fueron: a) implantación del sistema de aseguramiento, b) creación de un mecanismo de mediación financiera entre los asegurados y los proveedores de los servicios, que introdujo en el sector de la salud a empresas aseguradoras del sector financiero, c) establecimiento de un sistema de subsidio parcial para las personas sin capacidad de pago y d) aplicación de un plan básico de beneficios en el que los pacientes debían cubrir las necesidades no contempladas por el plan: ÁLVAREZ CASTAÑO. El derecho a la salud en Colombia, Op. Cit., p. 130.

²⁸⁸ CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. Inclusión y exclusión social en Colombia, Op. Cit., p. 25.

²⁸⁹ SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO. Informe motivado, Op. Cit., p. 23.

vertical de funciones por una de carácter horizontal²⁹⁰, separándolas para asignarlas a instituciones especializadas. En cuanto a la población, se estableció una “separación vertical”²⁹¹.

El mercado, que abarca los dos regímenes, creó como agentes a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) (-C para el contributivo y -S para el subsidiado), encargadas de promover y organizar la afiliación al sistema de seguridad social (cotizante y su grupo familiar), así como la administración del recaudo de las cotizaciones²⁹²; en el segundo mercado (provisión de servicios de salud), los proveedores, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS): hospitales, clínicas, centros de salud, centros médicos, consultorios particulares y demás, compiten por la venta de servicios a las aseguradoras, siendo responsables de prestar los servicios de salud en sus diferentes niveles a través de contratos con las EPS; éstas además actúan como compradoras de servicios de salud en representación de sus afiliados, seleccionando y negociando entre los proveedores –públicos o privados– la mejor combinación precio-calidad posible, de acuerdo con la oferta-demanda que se les presente.

En el desarrollo del Sistema Colombiano de Seguridad Social en Salud se configuró una estructura institucional de relaciones entre las reglas del juego y los

²⁹⁰En lugar de la actual integración vertical con segregación de los grupos sociales, la población estaría integrada de manera horizontal y la asignación de funciones sería explícita y especializada. En otras palabras, el Sistema de Salud ya no estaría organizado por grupos sociales, sino por funciones (Frenk et al., 1994). De hecho, un rasgo clave de este modelo es que identifica de manera explícita cada una de las cuatro funciones. De esta manera, fomenta la especialización de los actores en el Sistema de Salud. Esta es la razón por la que el pluralismo estructurado requiere una nueva configuración institucional del Sistema de Salud. Véase LONDOÑO y FRENK. Pluralismo Estructurado, Op. Cit., p. 16.

²⁹¹ CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. Inclusión y exclusión social en Colombia, Op. Cit., p. 25.

²⁹² Las EPS reciben una prima (UPC), a cambio de la garantía de prestación del POS a los afiliados, quienes actúan como tomadores del servicio de aseguramiento en salud, y a su vez actúan como beneficiarios del mismo. El grupo familiar, si bien no actúa como tomador del seguro de salud, por cuanto no es cotizante, sí se constituye como asegurado y beneficiario de los servicios de salud.

agentes que determinan la configuración de lo que se puede denominar el pluralismo no convergente, compuesto prácticamente por la convivencia segmentada de tres grandes regímenes institucionales: el Régimen Contributivo, el Régimen de Excepción, y el Régimen Subsidiado para la población sin capacidad de pago. De otra parte, se planteó un régimen transitorio de asistencia pública, denominado inicialmente “Régimen de Vinculados” y posteriormente, por fuerza de la Ley 715 de 2001²⁹³ “Régimen de prestación de servicios para la población no pobre no atendida con subsidios a la demanda-PPNA”²⁹⁴⁻²⁹⁵.

El Régimen Contributivo se considera un seguro tradicional bismarckiano, dirigido a los trabajadores asalariados con contrato laboral y sus familias, a los jubilados o pensionados y a los trabajadores independientes. Este régimen, definió como base de cotización el 12% de un salario mínimo legal vigente (el 8% es contribución del patrono y el 4% del trabajador) y como tope máximo lo correspondiente a 25 salarios mínimos. Posteriormente la cotización de salud subió al 12.5%. El 1% de la cotización por ingreso base de cotización mayor a 4 salarios mínimos mensuales vigentes se destina al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA.

El Régimen de Excepción se creó para agrupar a los trabajadores y empleados que tenían sistemas especiales antes de la Ley 100, como los del Congreso, Ecopetrol, Banco de la República, fuerzas militares, magisterio y algunas universidades públicas; la cotización para éstos colectivos no es unificada y depende en su mayoría de las convenciones colectivas de trabajo. Estos colectivos son en su mayoría

²⁹³“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”.

²⁹⁴ RAMÍREZ MORENO. La emergencia social en salud, Op. Cit., p. 127.

²⁹⁵ CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 715 de 2001, en EL ABEDUL. Leyes de la República de Colombia, Disponible en internet: http://www.elabedul.net/San_Alejo/Leyes/Leyes_2001/ley_715_2001.php, Consultado en noviembre de 2011.

administrados por las mismas entidades, las cuales manejan sus propias redes de servicios y utilizan fondos fiduciarios para el manejo de los recursos.

El Régimen Subsidiado fue concebido con el propósito de atender a las personas pobres y vulnerables, y se financia con recursos nacionales, subcuenta de FOSYGA, la cual aporta el 1% de la cotización del Régimen Contributivo y provee recursos del Presupuesto General de la Nación (paripassu); y con recursos territoriales provenientes del Sistema General de Participaciones y de los municipios. Existe un contrato público colectivo para atender a la población con pago a la EPS-S, aportando el valor de la UPC-S por cada usuario inscrito.

Como medida transitoria se creó el “Régimen de Vinculados”, para la atención de usuarios no incluidos en el Régimen Subsidiado, sin obligatoriedad de manejo del POS, bajo un sistema mixto de beneficencia pública con subsidios a la demanda y gasto de bolsillo”²⁹⁶⁻²⁹⁷.

Respecto a la financiación, en Colombia se adoptó el enfoque de Cuentas Nacionales en Salud basadas en Cuentas Administrativas como resultado de las recomendaciones hechas por la Misión de Expertos de la Universidad de Harvard en 1996. Según Barón “Su diseño (matricial) refleja la estructura de agentes de gasto, las fuentes de financiación y las formas de utilización de los fondos, producto de las reformas adoptadas con las leyes 100 y 60 de 1993”, e intenta responder a tres preguntas básicas: quién paga (agentes financiadores), cuánto (montos del gasto), para qué (usos específicos)

²⁹⁶RAMÍREZ MORENO. La emergencia social en salud, Op. Cit., p. 127.

²⁹⁷CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 715 de 2001, en EL ABEDUL. Leyes de la República de Colombia, Disponible en internet: http://www.elabedul.net/San_Alejo/Leyes/Leyes_2001/ley_715_2001.php, Consultado en noviembre de 2011.

La reforma de salud en el país, optó por un modelo que combina la acción del estado con la del mercado y buscaba alcanzar mejores condiciones de equidad, eficiencia, eficacia y calidad de los servicios, para lo cual adoptó dos estrategias: un sistema obligatorio de afiliación a la seguridad social para toda la población y un esquema de competencia regulada con el fin de elevar la eficiencia, contener los costos y mejorar el acceso y la calidad de los servicios.

Un elemento común a las reformas que se hicieron en los países durante los años ochenta y noventa, estaba referido a confrontar el problema crítico del financiamiento. En nuestro caso, la constitución de 1991 le dio respaldo político a la reforma en salud y garantizó los recursos a través de la descentralización de los fondos públicos para la salud y la asignación de recursos adicionales para la atención de salud de la población más pobre y vulnerable, así como para la salud pública y prevención y atención primaria.

El Sistema de Salud en Colombia está financiado básicamente con recursos fiscales y parafiscales. Con las Leyes 60 de 1993, 715 de 2001²⁹⁸ y su reforma de 2007 se buscó “regular el financiamiento de la salud con recursos de origen fiscal, dentro de un marco de descentralización de competencias territoriales”. La financiación mediante recursos parafiscales fue desarrollado en la Ley 100 de 1993, los aportes parafiscales (sobre la nómina) corresponden a las cotizaciones o aportes a

²⁹⁸ AYALA GARCÍA, Jhorland. Contexto Histórico y evolución del SGP en Colombia. Banco de la República de Colombia, Serie Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional, No 205, Julio, 2014, 10-15p.

En este documento se encuentra un análisis de las tres últimas reformas SPG, se enuncia datos relevantes de la Ley 715 y sus modificaciones: “En 2007 se hizo una nueva reforma constitucional mediante el Acto Legislativo 04 del mismo año y se aprobó la Ley 1176 de 2007, la cual modificó algunos artículos de la Ley 715 de 2001. Así, a partir de 2007 se separaron los servicios de agua potable y saneamiento básico de la participación de propósito general asignándole sus propios recursos. Así, una vez descontados los recursos del SGP para los resguardos indígenas, municipios ribereños al río Magdalena, programas de alimentación escolar y para el FONPET, el 58,5% de los recursos se destinaría a educación, el 24,5% a salud, el 11,6% a propósito general y el 5,4% a agua potable y saneamiento básico.” AYALA GARCÍA, Jhorland.

la seguridad social en salud, que “se constituyen en el mecanismo esencial del financiamiento del Régimen Contributivo que aporta a su vez a la financiación del Régimen Subsidiado y los recursos del subsidio familiar que recaudan las Cajas de Compensación Familiar (CCF)...”. Los aportes fiscales son “aportes del presupuesto nacional, los recursos de orden territorial representados en las rentas cedidas y los recursos de esfuerzo propio de estas entidades, entre otros”²⁹⁹.

Se han hecho varios cambios a la Ley 100/93 en torno al financiamiento y reglas del sistema de aseguramiento, con la Ley 1122 de 2007 se adoptaron medidas para optimizar los flujos de recursos y mejorar la gestión sin alterar la estructura del financiamiento. Entre otras medidas se incrementó el porcentaje de cotización del Régimen Contributivo que pasó del 12% al 12.5% siendo asumido el medio punto adicional por el patrono; también se estableció la forma de calcular el aporte de la nación al Régimen Subsidiado, modificando la regla de liquidación del “paripassu”; se estableció la obligatoriedad de las entidades territoriales de crear cuentas maestras para la administración de los recursos de la salud.

De acuerdo con Ramírez Moreno, la modulación y la articulación³⁰⁰ se constituyeron en dos de las herramientas fundamentales para el cambio de las estructuras del sistema en 1993, al establecer una relación entre “la gestión pública como derecho de afiliación y la gestión privada como mecanismo operacional del seguro mediante el cual se desarrolla el concepto de eficiencia propia de los mercados”³⁰¹.

²⁹⁹COLOMBIA.MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Boletín Cifras Financieras del sector. Boletín No.1, noviembre-diciembre de 2013. Disponible en internet: <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Financiamiento/Paginas/homefinanciamiento.aspx> Consultado el 21 de mayo de 2015.

³⁰⁰ SALGADO, Fernando. Reportaje, en Salud Colombia, 66ª ed., julio-agosto de 2002, Disponible en internet: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud66/portad66.htm>, Consultado el 20 de enero de 2012.

³⁰¹ RAMÍREZ MORENO. La emergencia social en salud, Op. Cit., p. 4.

Continuando con la estructura institucional del Sistema, de acuerdo con Ramírez Moreno, se habla del Plan Obligatorio de Salud (POS), que representa: 1) un conjunto de riesgos y prestaciones médico-asistenciales cubiertos y entregados por el sistema a los ciudadanos, para la definición de las coberturas de servicios y tecnologías; 2) un instrumento que permite establecer una relación formal y contractual entre el sistema y los aseguradores, para determinar la Unidad de Pago por Capacitación (UPC); 3) un punto de referencia para la contratación de servicios entre aseguradores y prestadores, y que además, 4) permite comprender la relación entre prestadores y afiliados para la autorización y convalidación de los servicios cubiertos y no cubiertos.

Como ya se indicó, la UPC es un aspecto importante en la estructura del sistema. Representa el valor monetario pagado por la afiliación individual a los aseguradores en función del riesgo cubierto en el POS por edad, sexo y región. Se cuantificó inicialmente al dividir el total de los recursos de la subcuenta de compensación entre el número de afiliados (cotizantes y beneficiarios) del Régimen Contributivo. Posteriormente, y de forma anual se ha ajustado con base en el promedio de la tasa de crecimiento de los ingresos de los cotizantes y el nivel de inflación.

“Este sistema de capacitación permite la transformación de las cotizaciones obligatorias en afiliaciones individuales y garantiza el pago a operadores privados por cada uno de los afiliados. Mantener un equilibrio razonable entre las necesidades de la población, incorporadas en el POS, los derechos de afiliación y las expectativas de los agentes públicos y privados se constituye en el principal reto de la gestión y la regulación en los sistemas de salud modernos que introducen incentivos a la eficiencia en contextos de responsabilidades públicas en donde el comportamiento de los ciudadanos está condicionado por la obligatoriedad de la afiliación”³⁰².

³⁰² *Ibíd.*, p. 128.

El Fondo que maneja los recursos de la UPC es el FOSYGA, su reglamento de funcionamiento se estableció mediante el art.218 de la Ley 100 de 1993 y el art.1 del Decreto 1283 del 23 de julio de 1996; es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, cuyos recursos se destinan a la inversión en salud.

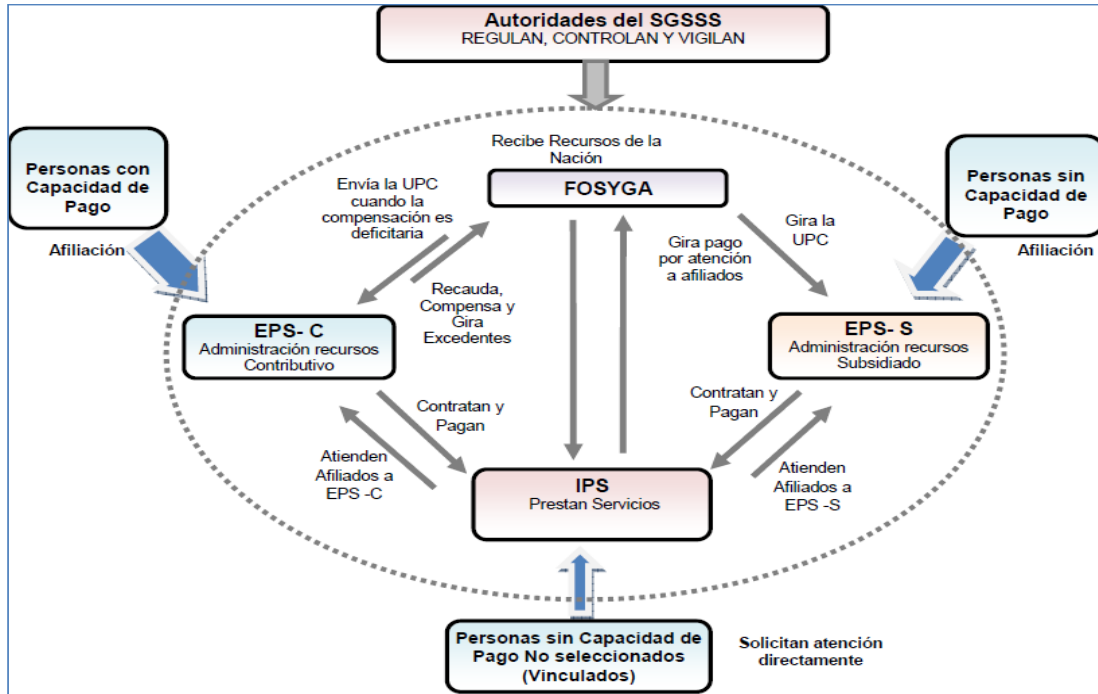
Según el artículo 2, la Estructura del FOSYGA tendrá las siguientes subcuentas:

1. De compensación interna del Régimen Contributivo
2. De solidaridad del régimen de subsidios en salud.
3. De promoción de la salud.
4. Del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT)

El artículo 3 establece que los recursos del FOSYGA se manejan de manera independiente dentro de cada subcuenta y se destinarán exclusivamente a las finalidades consagradas para éstas en la Ley, de conformidad con lo establecido en el artículo 48 de la Constitución Política. Los intereses y rendimientos financieros que produzca cada una de ellas se incorporarán a la respectiva subcuenta, previo el cumplimiento de las normas presupuestales que sean aplicables a cada una de ellas³⁰³. Finalmente, en el mercado de aseguramiento en salud, la interacción de los agentes se realiza en torno a cuatro funciones básicas de los actores: regulación, afiliación, administración de recursos y prestación de los servicios. Ver Gráfico 4

³⁰³<http://www.fosyga.gov.co/Acercadelfosyga/Qu%c3%a9eselfosyga/tabid/103/Default.aspx>. Consultado el 31 de mayo de 2013.

Gráfico 4. Funcionamiento del Sistema de Aseguramiento en Salud



Fuente: Superintendencia de Industria y Comercio, con base en información del expediente 09-021413.

Las autoridades del SGSSS tienen a su cargo la regulación, control y vigilancia del sistema. La población ingresa por medio de la afiliación, quedando los asalariados en las EPS-C, las cuales hacen el recaudo de los aportes de patronos, trabajadores e independientes, y del total de éste se compensa el valor de la UPC, según el número de afiliados, descontando el valor de las licencias de maternidad, incapacidades, programas de promoción y prevención, y girando los excedentes al FOSYGA a través del proceso de compensación. Las personas sin capacidad de pago son incorporadas al Régimen Subsidiado (EPS-S) y reciben, por transferencia del FOSYGA, el valor correspondiente a la UPC, de acuerdo con su número de afiliados (objeto de subsidio). El FOSYGA actúa como administrador de los recursos que financian el funcionamiento del sistema, de manera que recibe los excedentes de las EPS-C para distribuirlos entre las EPS-S.

Una vez recibidos los dineros, las EPS pueden contratar la prestación de los servicios de salud con los diferentes proveedores, según el modelo de contratación: capitación, servicio prestado o por caso, entre otros. Cuando el paciente no se encuentra afiliado al sistema, las IPS deben atenderlo para después pasar la factura por servicios prestados al FOSYGA, sin intermediación de las EPS.

El anterior análisis nos muestra la estructura y funcionamiento institucional del SGSSS en su génesis, el cual fue plasmado en la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios. Como resultado del desarrollo del SGSSS, se han generado situaciones críticas, que han estado rodeadas de posiciones encontradas por parte de académicos, la Corte Constitucional, el Estado, los Órganos de Control y los demás actores que conforman el sistema. Los puntos de mayor debate han sido: la garantía del derecho a la salud, la financiación, la calidad, la accesibilidad, la disponibilidad, la falta de equidad, los problemas de regulación y control, el papel dominante de los agentes privados en el mercado del aseguramiento, la corrupción y la cooptación del Estado por parte de diferentes agentes. Algunos de estos puntos se abordarán en capítulos posteriores.

C. ASPECTOS POLITICOS, ECONÓMICOS, Y LEGISLATIVOS EN LA EVOLUCION DEL SGSSS

La implementación de la Ley 100 se ha visto afectada por procesos políticos y económicos, que han generado desacuerdos, retrasos e inconsistencias en la evolución del SGSSS por más de dos décadas.

Con la apertura económica, el Gobierno Gaviria inició un proceso de crecimiento del gasto público con una mayor participación del gasto en salud y educación a través de la Reforma Constitucional de 1991. En esa administración se promulgó la Ley 100 de 1993.

Una característica del gobierno de Ernesto Samper (1994-1998) fueron los problemas de gobernabilidad que tuvo que enfrentar. Durante su administración se duplicó el PIB destinado a la inversión social, se creó la “Red de Solidaridad Social” y se diseñó el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), que se convirtió en la herramienta de focalización para acceder al Régimen Subsidiado en salud. Se produjo la normatividad necesaria para la implementación y puesta en marcha de la Ley 100. En este periodo se conformó la Comisión de Racionalización del Gasto y de las Finanzas Públicas que generó una serie de recomendaciones con miras a racionalizar el gasto público en todos los sectores; sugerencias que han seguido los gobiernos sucesivos. Este informe señalaba los lineamientos que en materia de seguridad social se debían seguir a partir de la evaluación hecha a la Ley 100 y enfatizaba en la necesidad de iniciar el proceso de liquidación de las entidades oficiales relacionadas con el sistema de protección social, entre otros aspectos.

El gobierno de Andrés Pastrana (1998–2002) buscó posibilitar las condiciones para el logro de la paz y en lo económico reactivar la economía con acciones en los sectores de infraestructura, minas y energía, industria, comercio y turismo. Sin embargo, se presentaron innumerables reveses jurídicos y políticos que ocasionaron que su Plan de Gobierno no fuera aprobado oficialmente. En lo social, buscó comprometer a la sociedad con la cultura y la formación para el trabajo, la familia, la salud, la niñez y la educación. En salud, impulsó la competencia entre los diferentes agentes, y advirtió sobre la necesidad de dar viabilidad financiera al SGSSS, mientras se consolidaban las EPS. La situación socioeconómica fue crítica, el desempleo al final del gobierno fue del 17.6% (trece ciudades); el subempleo era del 33,4% (Julio de 2002)³⁰⁴; adicionalmente, se presentó una crisis industrial y agraria a la que se

³⁰⁴Según Arango, “desde enero de 2001 el DANE reemplazó la Encuesta Nacional de Hogares (ENH) –la cual venía realizando en forma ininterrumpida desde 1976- por la Encuesta Continua de Hogares (ECH), introduciendo diversos cambios que disminuyen estadísticamente las cifras de desempleo. Por

sumó al efecto de las privatizaciones y el recorte de los gastos del Estado (aplicación de la Ley 617 de 2001).³⁰⁵

Posteriormente fue presidente Álvaro Uribe (2002-2010). Su Plan de Gobierno giró en torno a la “Seguridad Democrática”. En su primer periodo 2002–2006 se reformó la Constitución lo que possibilitó la reelección presidencial para un segundo periodo entre 2006 y 2010; por declaración de inconstitucionalidad la Corte Constitucional hundió en febrero de 2010 un segundo intento de reelección. De este gobierno se destaca: el rompimiento del esquema de negociación de paz con las FARC buscando una solución militar con el fortalecimiento de las Fuerzas Militares (FFMM); el Programa de Renovación de la Administración Pública (PRAP) que pretendían consolidar un marco institucional del Gobierno en torno a lógicas y enfoques gerenciales; la recuperación del territorio nacional y de la seguridad.

En materia económica, este Gobierno facilitó condiciones para la inversión extranjera, la creación de empresas que se tradujo en un aumento del PIB. En materia de participación ciudadana impulsó los “consejos comunitarios”. Al Gobierno Uribe se le critica por haber desarrollado una democracia de carácter totalitaria, manifestada en las confrontaciones entre la rama ejecutiva y las demás ramas del poder público, en especial la judicial, significando con ello una pérdida del equilibrio de poderes³⁰⁶.

ejemplo, se redujo el número de hogares que ahora se visita semanalmente, la ENH consideraba desempleado a quien no tuviera trabajo y lo hubiese buscado en algún momento durante las últimas 52 semanas (un año), mientras la ECH solo a quienes lo hayan buscado en algún momento durante las últimas 4 semanas, y en la nueva encuesta ya no es necesario trabajar sin remuneración más de 15 horas semanales en un negocio familiar para ser considerado empleado, bastando hacerlo al menos una hora. Eduardo Sarmiento (El Espectador, 2001) estima que esta nueva medición reduce el desempleo en 2,5%”. ARANGO, Juan Pablo. Ante la peor crisis del siglo: el peor gobierno del siglo XX. En: ANGARITA CAÑAS, Pablo Emilio, Op. Cit., p.193

³⁰⁵Su aplicación “arrojó miles de trabajadores oficiales a las filas de los desempleados”. *Ibíd.* p.193

³⁰⁶ Según Ferrajoli una democracia realmente es efectiva cuando puede garantizar los derechos fundamentales y logra limitar el poder político sometiénolo a lo jurídico. Este nexo se basa en normas sustanciales sobre la producción, que definen qué cambiar y qué no cambiar del ordenamiento jurídico, limitando con ello el poder público. FERRAJOLI, Luigi. *Derechos Fundamentales.* Op. Cit.

Durante estos períodos de gobierno se agudizaron los problemas de corrupción y clientelismo, en particular por la infiltración de los grupos paramilitares en el ejercicio de la política, o *parapolítica*.

La política de salud durante la era Uribe se enfocó en tres ejes: Alcance de la cobertura universal con la utilización del Régimen Subsidiado para SISBEN mediante el aumento de cupos, afectando la sostenibilidad financiera del sistema y politizándolo; para mejorar la financiación del sistema propuso el cálculo de la UPC con base en el perfil de riesgo de la población, y las características del sistema; para tratar de resolver los problemas administrativos que incidían en la calidad de los servicios propuso modernizar los mecanismos de contratación, enfatizando en el cumplimiento de estándares de calidad. Durante este periodo se fortaleció el papel de las EPS como intermediarias, y se evidenciaron problemas financieros derivados del aumento en la demanda (SISBEN), los recobros por servicios NO POS y los derivados de la libertad de precios de los medicamentos e insumos y las acciones de tutela por déficit en la prestación de los servicios.

En estos períodos se adelantaron un conjunto de proyectos de reformas y dinámicas de transformación de la institucionalidad existente en el sector salud que además contribuyeran a generar recursos adicionales que dieran cumplimiento a lo ordenado en la sentencia: reformas institucionales (2002), reformas a la Ley 715 de 2001 (2004), Ley 1122 de 2007 y reformas al amparo de la emergencia social (2009), presentándose un sinnúmero de proyectos de ley.

Paralelamente, como consecuencia de los problemas acumulados por el no cumplimiento del derecho a la salud, mediante la Sentencia T-760/2008, la Corte Constitucional sentó jurisprudencia y definió la salud como un derecho fundamental, reconociendo las iniquidades del sistema y ordenó al ejecutivo, mediante una serie de medidas, la corrección de algunos problemas estructurales del SGSSS.

Al presidente Uribe lo sucedió Juan Manuel Santos, quien había sido su Ministro de Defensa y quien posteriormente se acogió a la figura de reelección presidencial por lo que su período se puede considerar llegara hasta 2018. Presentó el Plan De Desarrollo “Prosperidad Para Todos” -2010-2014-, estructurado sobre tres ejes: crecimiento y competitividad, igualdad de oportunidades y consolidación de la paz. El primero dirigido al fortalecimiento de la infraestructura, minería, vivienda, agricultura e innovación; el segundo en torno a mejorar los indicadores asociados a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (disminuir el nivel de pobreza e indigencia y bajar la tasa de desempleo a un dígito); y el tercero la consolidación de la paz con el que se inició el proceso de negociación con las FARC, y le sirvió para lograr la reelección presidencial.

En el tema de salud, el gobierno Santos ha realizado ajustes en aras de hacer viable el sistema sin cambiar el modelo. Sus principales medidas han sido: entrega de recursos adicionales a los hospitales públicos; restablecimiento de los mecanismos de control a los precios de los medicamentos; intervención en algunas EPS; creación nuevamente del Ministerio de Salud y Protección Social; se inicia la unificación y actualización del POS para los dos regímenes. En el ámbito normativo, se promulga la Ley 1438 de 2011, que buscaba superar los problemas de sostenibilidad financiera, e incorpora la estrategia de Atención Primaria en Salud; se liquida la CRES y pasa sus funciones al Ministerio; propone mejorar las funciones de inspección vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, entre otras. Posteriormente, ante la problemática de la salud y por presión de los diferentes actores, el Gobierno continuó haciendo ajustes al sistema y presentó al Congreso proyectos de Ley Ordinaria (210 /2013) -no aprobada en la Legislatura- y la Estatutaria (No 209/2013) convertida en la Ley 1751 de 2015, en la que se declara que la salud es un Derecho Fundamental. Los propósitos de la Ley Ordinaria se incorporaron al Plan Nacional de Desarrollo “Todos Por un Nuevo País”. 2014-2018.

1. El contexto político y económico después de la Ley 100 de 1993

A continuación se presenta una sinopsis de los aspectos políticos y económicos posteriores a la implementación de la Ley 100 y su relación con las situaciones críticas por las que ha atravesado la prestación de servicios de salud afectando la garantía del derecho fundamental a la salud en un ESD en construcción.

a) Gobierno de Ernesto Samper (1994-1998)

En este período se formuló el Plan de Desarrollo “El salto social” que a través de reformas políticas y económicas, y por medio de transformaciones sociales llevara al país a una sociedad más pacífica y equitativa. El tema central de la política samperista fue la formación de lo que se denominó “el nuevo ciudadano” a partir de referentes productivos, sociales y políticos mediante el fomento a la capacitación, el empleo y la educación. En términos macroeconómicos, se esperaba un crecimiento de la economía entre el 5.2% y el 5.7%.

Se introdujeron políticas sectoriales que buscaban concertar asociaciones entre los sectores público y privado en pos de mejorar las condiciones de competitividad y desarrollo del sector productivo, entre las que resaltan la política social con énfasis en la generación de empleo y la política de infraestructura y competitividad internacional (con un plan estratégico en materia de exportaciones y programas de modernización agropecuaria y rural). La política social giraría en torno de la salud y la educación estructurada sobre tres ejes “i) programas asistenciales para atender las poblaciones especialmente vulnerables, articulados en la Red de Solidaridad social; ii) políticas

públicas con un enfoque global tendiente hacia la transformación política y cultural de todos los colombianos; iii) la articulación productiva de los pobres³⁰⁷

La “Estrategia económica y social”, encaminada a cumplir con los objetivos de crecimiento económico incluía lo social como camino hacia el desarrollo económico del país. La estrategia social giró en torno de siete ejes fundamentales: el desarrollo humano, la seguridad social integral, el mejoramiento del hábitat, la equidad y participación de la mujer, la atención a minorías étnicas, el apoyo al desarrollo de los pequeños propietarios y la economía campesina y el acceso a la justicia, los derechos humanos y la seguridad ciudadana³⁰⁸, destacándose lo concerniente al desarrollo humano, la seguridad social integral y el mejoramiento del hábitat.

Se plantearon programas asociados a la adaptación del aparato productivo del país en función de la apertura económica, por ejemplo, se promovió un régimen comercial abierto y el aumento del nivel de empleo a partir de tres políticas: primero, una política macroeconómica que unida a las políticas sectoriales le permitiera al país crecer rápidamente y recuperar el crecimiento en el sector de los bienes comercializables; segundo, una política dirigida a dinamizar la pequeña propiedad y la economía solidaria para convertirlas en palancas generadoras de empleo y democratización de la propiedad; y tercero, una política sobre el mercado de trabajo enfocada a la mejora del sistema de capacitación profesional, los mecanismos de intermediación laboral y el diseño de mecanismos de intermediación para grupos sociales y regiones en crisis³⁰⁹.

³⁰⁷SARMIENTO ANZOLA, Libardo. Exclusión, conflicto y desarrollo societal. Bogotá: Ed. Desde Abajo, 1999. p. 126

³⁰⁸EL SALTO SOCIAL. Plan de Desarrollo de Ernesto Samper Pizano 1994-1998: Descripción de la estrategia económica y social: fundamentos, estrategias. Cap. 1.

³⁰⁹Ver: CASTAÑO Z, Ricardo A. Colombia Y El Modelo Neoliberal. 2001: 59 p. Disponible en internet: http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/17535/2/ricardo_castano.pdf. Consultado el: 13 de mayo de 2015.

Según la Corporación Escenarios³¹⁰ los principales logros de su Gobierno fueron la duplicación del PIB destinado a la inversión social que pasó del 7,2% a 15,8%; la creación: a) “Red de Solidaridad Social”, como estrategia para apoyar y organizar la implementación de los programas sociales, articulados directamente desde la Presidencia de la República³¹¹; b) Ministerio de Cultura, c) Plan Nacional de Desarrollo Alternativo (PLANTE) - regional en lo rural buscaba ser una alternativa para frenar los cultivos ilícitos-; y la adecuación de la infraestructura física del país. También se diseñó el Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN)³¹², por la necesidad de trazar, en Colombia, metodologías generales distintas al de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), utilizadas para identificar a quienes son pobres, porque atender la pobreza era el eje de atención en términos de política social.

Como se dijo, a Samper le preocupaba lo social priorizando la educación y la salud, sin embargo los conflictos económicos, como la crisis hipotecaria, hizo que el crecimiento económico estuviera muy por debajo de las metas esperadas, lo que

³¹⁰CORPORACIÓN ESCENARIOS. La CORPORACIÓN ESCENARIOS es una entidad sin ánimo de lucro dedicada a la investigación, discusión y análisis de temas enmarcados entre cuatro ejes articuladores: competitividad, equidad, gobernabilidad e identidad. Disponible en internet: http://www.corporacionescenarios.org/zav_admin/spaw/uploads/files/Biograf%C3%ADa.pdf
Consultado el: 13 de mayo de 2015

³¹¹ COLOMBIA. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN “La recesión económica de finales de los años 90 llevó al Gobierno Nacional a tomar decisiones importantes en materia de política social. El diseño y puesta en marcha de una Red de Apoyo Social (RAS), como mecanismo de protección de la población más vulnerable frente a los efectos del desempleo y la reducción en el ingreso de los hogares, fue una de las iniciativas de política más importantes puestas en marcha en el país en muchos años” (2004:7).

³¹²El SISBÉN es el Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de Programas Sociales. Esta es una herramienta de identificación, que organiza a los individuos de acuerdo con su estándar de vida y permite la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de los programas sociales que maneja el Estado, de acuerdo con su condición socioeconómica particular. Si una persona ha sido identificada como potencial beneficiario de los programas sociales, es decir que el nivel está entre 1 y 3, podrá acceder a los subsidios que otorga el Estado a través de los diferentes programas y de acuerdo con la reglamentación de cada uno de ellos. La selección y asignación de subsidios, la hacen las entidades ejecutoras de programas sociales del Estado a partir de la información de la base consolidada y certificada por el DNP y los otros instrumentos de focalización que utilice el respectivo programa. FUENTE: Portal web del SISBEN. Se han presentado problemas con este indicador lo que ha llevado a su actualización mediante el SISBEN III – CONPES SOCIAL 117.

contribuyó a que no hubiera mejoramiento en el bienestar y calidad de vida de la población. La baja tasa de crecimiento económico contrasta con el incremento en la tasa del gasto público que pasó del 10% del PIB en 1994 al 13,5% en 1998, lo que conllevaría a posteriores problemas fiscales. Durante este periodo, el dólar sufrió una revaluación frente al peso, generando distorsiones en los mercados centrales del país: los ingresos por café y petróleo disminuyeron; a nivel interno, sectores como el agropecuario presentó un comportamiento negativo³¹³.

Otro de los referentes centrales en el periodo de Samper fue la declaración de la emergencia económica (1997), con medidas específicas que permitirían recaudar los recursos necesarios para el nivel central³¹⁴, la que fue declarada inexecutable por la Corte Constitucional con el argumento de que las condiciones existentes en el país no ameritaban que se invocara un Estado de Excepción, ya que la cuestión del déficit podría solucionarse mediante medidas ordinarias y no excepcionales.

El “Salto Social” presentaba una posición intermedia en el debate político que se daba entre los economistas de la racionalidad económica del mercado, quienes sostienen que la mejor política de distribución es la del libre mercado a través de aquellos gastos sociales focalizados hacia los sectores más pobres de la población; otros se apoyaban en la tesis del intervencionismo estatal-sectores de izquierda- que sostienen que se deben generar condiciones de empleo para estos mismos sectores y no medidas asistencialistas. “El plan pone a la educación y el empleo como los puntos vitales de encuentro entre el desarrollo social y el desarrollo económico”³¹⁵.

³¹³BELTRÁN FONSECA, Jorge Andrés y PIÑEROS, Alejandro. Sector agropecuario colombiano: su realidad económica y perspectiva. Bogotá, EAN; 2013: p. 44

³¹⁴JARAMILLO LONDOÑO, César. el fracaso de la política social de Samper . Bogotá, Revista Universidad EAFIT, julio – agosto - septiembre; 1997: p. 110 - 131

³¹⁵EL SALTO SOCIAL. Plan de Desarrollo de Ernesto Samper Pizano 1994-1998: Descripción de la estrategia económica y social: fundamentos, estrategias. Op. Cit., p. 17.

En el tema de salud, se puso en marcha el Sistema de Seguridad Social Integral basado en los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, buscando la ampliación de la cobertura de servicios de salud, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como el mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios de atención curativa. Se desarrollarían programas de protección social para los grupos más vulnerables, la infancia, la tercera edad y los discapacitados,

“Seguridad social en salud: asegurar durante el período de transición el acceso a los colombianos a los servicios integrales de salud a través del sistema de seguridad social, crear las condiciones para que la oferta institucional de salud se desarrolle técnica, administrativa y financieramente y se ajuste a las nuevas exigencias, avanzar en el manejo descentralizado de los servicios de salud en el marco del sistema de seguridad social y mejorar la calidad de los servicios.”³¹⁶

En síntesis, la administración Samper dio continuidad a las políticas neoliberales en materia económica, en beneficio, principalmente, del capital financiero interno y transnacional. El gobierno se vio afectado por los escándalos relacionados con los grupos económicos vinculados al narcotráfico y la incidencia de éstos en el conjunto de las estructuras económicas y políticas y sobre los supuestos dineros aportados a la campaña presidencial por parte del cartel de Cali -proceso 8000-, que le implicó una pérdida de legitimidad y credibilidad y dio lugar a una crisis de gobernabilidad en las que los diversos estamentos de la sociedad y sectores de la opinión pública nacional exigían la renuncia del Presidente, mientras *soto voce* se preparaba un golpe de estado.

Al mismo tiempo, diversas organizaciones populares y sindicales se movilizaron en apoyo al mandatario ya que consideraban que sus políticas sociales aliviaban los efectos que la apertura económica venía produciendo y al mismo tiempo entendían que detrás de la oposición al gobierno se ocultaban intereses de los sectores

³¹⁶Ibíd.

militaristas y facciones políticas de extrema derecha. Las fuerzas insurgentes continuaron su desarrollo y expansión a lo largo del país. Simultáneamente, las agrupaciones paramilitares se consolidaron hasta constituirse en fuerza nacional coordinados en las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC), aprovechando sus estrechos vínculos con miembros de las fuerzas armadas y empresarios de las drogas ilícitas. Todo ello ocurrió frente a un Gobierno que ocupaba la mayor parte de su tiempo en hacer su defensa jurídica y política ante el Congreso de la República y los medios de comunicación nacionales y extranjeros.

Por primera vez en la historia del país un Jefe de Estado reconoció públicamente la responsabilidad estatal en las violaciones de los derechos humanos, sin embargo los intentos por cambiar estas prácticas no lograron ser sustanciales ni implicó correctivos serios, y la conducta de los agentes del estado siguieron teniendo el mismo comportamiento frente a los conflictos sociales.

2. Comisión de Racionalización del Gasto y de las Finanzas Públicas. Sector salud (1997)

Dado que las reformas tributarias generan inconformidad en la población, se buscaron otras formas de disminuir el desequilibrio financiero del gobierno a causa del gasto público con el argumento de los elevados costos administrativos por la “tendencia a evaluar la administración a partir del cumplimiento de criterios formales y no por la forma de prestación de los servicios a partir de ciertos estándares asociados a eficiencia y calidad, lo que ha conllevado a un equivocado manejo de los recursos”³¹⁷. Se propuso la conformación de una comisión que se encargara de estudiar este aspecto y formulara recomendaciones orientadas a racionalizar o

³¹⁷COMISION DE RACIONALIZACION DEL GASTO PÚBLICO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, Informe final, “El Saneamiento fiscal, un compromiso de la sociedad – Administración del Estado”, Santafé de Bogotá, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 1997. V 1.51 y ss.

recortar las erogaciones del gobierno nacional. A través del Decreto No.1349 de agosto 14 de 1995 se creó la “Comisión de Racionalización del Gasto y de las Finanzas Públicas”, presidida por Gabriel Rosas e integrada por destacados especialistas en materia macroeconómica.

En la Comisión se discutieron e hicieron recomendaciones para el mejoramiento en cinco áreas estratégicas: 1) la administración del Estado; 2) descentralización enfocada al fortalecimiento fiscal territorial y a la racionalización del gasto público; 3) sistema de pensiones–deuda pública; 4) seguridad y orden público-justicia y derechos civiles; 5) infraestructura y gestión fiscal. Para este trabajo se tendrá en cuenta el análisis sobre el gasto público en salud y las recomendaciones para su racionalización.

Se presentaban graves problemas que incidían de manera directa en el gasto y las finanzas públicas de salud: problemas institucionales; esquema de asignación de recursos y el régimen de competencias territoriales (transición de un régimen basado en la oferta a uno basado en la demanda); pasivo prestacional; iniquidad en las excepciones al sistema de seguridad social; sistema de información; gasto en medicamentos y dificultades del ISS. La tarea principal sería la afiliación de la población pobre a la seguridad social; el redireccionamiento del gasto hacia la financiación tanto del Régimen Subsidiado como del plan de atención básica; garantizar las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

En materia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, señalaban que la Ley 100 pese a ser una reforma radical implicaba un grave problema en materia de asignación de recursos:

(...) Los recursos del sector se destinan a un gran número de actividades no del todo prioritarias. Sólo un pequeño porcentaje va a las dos más

importantes responsabilidades del sector público: la afiliación al Régimen Subsidiado (24,4%), y la atención del PAB (10%). Los demás, que suman 1,35 billones (65,6 % del total), se dispersan en un sin-número de propósitos, en especial a seguir financiando los hospitales y la burocracia del sector”³¹⁸.

Los problemas del sistema en cuanto a la asignación de recursos se centraban en el esquema de distribución: 1) uso de criterios incorrectos para girar los recursos a departamentos y municipios. La Ley 60 de 1993 (marco de distribución de los recursos del situado fiscal para la época) contiene un conjunto heterogéneo de objetivos lo causaba la ineficiencia administrativa en que incurrían los entes para su consecución; los recursos se distribuían con basados en fórmulas que generaban inequidad como por gastos históricos; 2) diversidad de fuentes de financiación, asociado también a los flujos, formas de administración y destinación de los recursos³¹⁹; 3) transición de los subsidios a la oferta a subsidios a la demanda que no se había logrado articular por diversos factores: a) no cumplimiento total del ajuste de los hospitales públicos en ESE, por situaciones como el pasivo pensional; b) no se había consolidado un sistema de demanda, lo que llevó a una desviación de recursos (se les giraba directamente a los hospitales para gastos de afiliación y no para la prestación de servicios con criterios de calidad); c) incremento en el déficit hospitalario por asumir mayores funciones; d) en el modelo creado por la Ley 100, se promovía la participación privada, sin embargo no se había desarrollado un mercado de competencia (el sector público definía los lineamientos del sistema -especialmente del Régimen Subsidiado-, lo que ocasionaba restricciones en los principios de libre elección de los usuarios y separación entre la administración del sistema y la prestación del servicio).

³¹⁸ *Ibíd.*, p. 168

³¹⁹ *Ibíd.*, p. 170

Los problemas institucionales estaban referidos a la falta de claridad en la definición de competencias asignadas a los entes territoriales en materia de aseguramiento de los usuarios en el Régimen Subsidiado, o el nivel de financiación y los encargados de organizar el PAB; no había una designación de los responsables para la financiación de nueva dotación e infraestructura durante el proceso de transformación de los hospitales públicos a Empresas Sociales del Estado –ESE-. Adicionalmente se presentaba debilidad técnica del Ministerio de salud que limitaba la formulación de la política nacional y el ejercicio de la asistencia técnica a los entes territoriales (se encontraban cooptados, política y clientelariamente, lo que determinaba la orientación de los flujos de recursos y las prioridades de inversión).

El peso de los pasivos prestacionales sobre el sistema era una limitación en la consolidación de la figura de las ESE (según estimaciones del Ministerio, ascendía a \$1,8 billones en pesos corrientes de 1996, de los cuales 1,5% eran de pensiones y de ello entre el 60% y 80% correspondía a entidades del orden nacional y el resto a departamentos y municipios)³²⁰.

La iniquidad en las excepciones al sistema de seguridad social, se produce por los gastos de las entidades del Estado que están por fuera del sistema y ocasionaban fuertes presiones fiscales, en tanto los costos por persona superaban los ingresos asociados a la UPC. Contrastando el valor de la UPC para 1996 de los regímenes subsidiado (\$75.000 pesos), y contributivo (\$144.000) con los gastos per cápita de algunos regímenes especiales (Magisterio \$389.000, Superintendencia Bancaria \$4.100.000 y Congreso \$5,800.000)³²¹.

³²⁰COMISION DE RACIONALIZACION DEL GASTO PÚBLICO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, Informe final, “El Saneamiento fiscal, un compromiso de la sociedad – Administración del Estado”, Santafé de Bogotá, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 1997. V 3. p.177

³²¹Ibíd. p.179

En cuanto a los sistemas de información en salud (SIS), al momento del estudio no existía un sistema que permitiera el manejo adecuado de la información sobre afiliación (Régimen Contributivo - Régimen Subsidiado) y/o aspectos financieros del sistema, lo que dificultaba el ejercicio de los procesos de control y vigilancia en especial en el ámbito de gestión y cumplimiento de las funciones asignadas a los entes territoriales.

Con relación al Instituto de Seguros Sociales, un conjunto de problemas afectaban el equilibrio financiero del sistema:

“(…) primero, no ha separado por completo los negocios de EPS e IPS en salud; segundo, el manejo operativo del negocio de salud con el seguro de riesgos profesionales hace necesario considerar la relación existente entre éstos. (...) tercero, la planta de personal en salud del ISS cuenta con 31839 funcionarios, 20735 (65.12%) de planta y 11104 (34.88%) por contrato. De estos, 21280 (66.84%) trabajan en la IPS y 10559 (33.16%) trabajan en la EPS. Ello refleja la existencia de una nómina paralela para la prestación de servicios de salud (...) cuarto, el diseño, estructura, organización y funcionamiento del sistema de información en salud no permite a la entidad cumplir con sus obligaciones como EPS por no conocer oportuna y mensualmente el número de afiliados activos, ubicación geográfica, estado civil, edad, género y monto pagado por cotizante”³²².

El gasto en salud se divide en tres rubros: servicios, aparatos – equipos y medicamentos, siendo este último rubro el de mayor crecimiento promedio entre 1980 y 1990. A pesar de haber sido propuestas medidas como la adecuación de formularios o la promoción de genéricos, no se había dado una completa regulación del sector que lograra racionalizar los excesivos precios.

³²²COMISION DE RACIONALIZACION DEL GASTO PÚBLICO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, Informe final, “El Saneamiento fiscal, un compromiso de la sociedad – Administración del Estado”, Santafé de Bogotá, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 1997. V 1. p. 176-177.

La Comisión pese a enmarcar su postura dentro de los postulados neoclásicos y neoliberales y sus mecanismos de mercado, no formuló soluciones relacionadas con privatización o desmantelamiento del aparato estatal (no lo hace manera explícita), por el contrario propuso como mecanismo para obtener un mejor equilibrio en el manejo de las finanzas nacionales, el desarrollo de una “política de eficiencia”, teniendo como estrategia central el control al gasto público, primordialmente con el control al proceso presupuestal, considerando que la forma como se ha manejado el plan financiero ha generado rezago presupuestal, corrupción y malversación de fondos en función de intereses particulares. Como complemento de la estrategia anterior se propuso adelantar procesos de rendición de cuentas (*accountability*) por parte las de entidades.

Definido el marco de problemas, la Comisión de Racionalización del Gasto y de las Finanzas Públicas estableció varias recomendaciones orientadas en conjunto a racionalizar el gasto en salud:

- Corregir los problemas identificados con la multiplicidad de fuentes de financiación, y los criterios de asignación de recursos especialmente en la clarificación de las competencias propias de los entes territoriales con base en la transición establecida por la Ley 100.
- Reorganizar las fuentes de financiación en tanto que se potencie la asignación de los recursos concretos a los municipios para la financiación del POS.
- El Estado debe apremiar el proceso de transformación del modelo pasando de los subsidios a la oferta por subsidios a la demanda en aras de generar un mejor flujo de recursos que le permitan garantizar la afiliación y cobertura de la población pobre en el Régimen Subsidiado y la prestación del PAB.

- El municipio y el departamento deben recibir del Fondo constituido para acopiar todos los recursos destinados al sector, aquellos necesarios para atender el PAB de su respectiva competencia³²³
- Creación de una central única encargada de conducir los aportes en salud, que permita mejorar el recaudo de los aportes al Fondo de solidaridad y garantía. Un referente interesante de esta propuesta es el argumento esgrimido: “Aunque el punto de cotización ha sido superior al esperado, el hecho de que las Empresas Prestadoras de Servicios (EPS) capten estos recursos – que no son sus verdaderos ingresos – desmotiva el recaudo e incentiva la elusión”³²⁴.
- Revisar las características y funcionamiento del Fondo en torno a la incidencia que puede tener del ISS.
- Eliminar o integrar los regímenes paralelos existentes en el SGSSS.
- Desarrollar sistemas de información que permitan manejar los datos del sistema en aras de mejorar su funcionamiento.
- Promover la afiliación de un mayor número de personas al Régimen Contributivo, en especial a empleados y trabajadores de microempresas con independencia de su nivel de ingresos.
- En materia de racionalización de precios y uso de medicamentos u utilización de tecnologías, la comisión propone aplicar medidas de contención de costos y fortalecer auditorías médicas y hospitalarias.
- En función a los problemas asociados al ISS: promover la descentralización administrativa, adecuar el aparato público a unas ESE autosuficientes, separar las funciones de aseguramiento y prestación. Orientarse centralmente en el Régimen Contributivo pero sin implicar aumentos de planta de personal, sino por el contrario generar contratos con otras IPS y EPS existentes en el sector.

³²³Ibíd., p. 178.

³²⁴Ibíd., p. 179

a) Gobierno de Andrés Pastrana (1998-2002)

El gobierno de Andrés Pastrana (1998–2002) propuso el Plan Nacional de Desarrollo “Cambio para construir la paz”, cuyo objetivo general era posibilitar las condiciones económicas, políticas y sociales para el logro de una paz sustentada sobre el desarrollo y crecimiento económico sostenido, y la solución pacífica del conflicto armado en el marco de una sociedad tolerante y participativa, y en lo económico reactivar de la producción, fortalecer las exportaciones y la competitividad regional, con acciones concretas en los sectores de infraestructura, minas y energía, industria, comercio y turismo, abriéndose a mercados internacionales. Este Plan “sufrió innumerables reveses jurídicos y políticos, hasta que finalmente no logró ser aprobado en el Congreso de la República...”³²⁵

En lo social se buscaba comprometer a la sociedad con la cultura y la formación para el trabajo, la familia, la salud, la niñez y la educación, con medidas capaces de generar una mayor equidad, disminuir la pobreza e incrementar el capital humano y social, como medio para construir la paz y alcanzar la convivencia pacífica. Se pretendía lograr que la educación fuera obligatoria hasta el noveno grado; la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud debía ser obligatoria cotizando por el valor real de los ingresos; en el régimen subsidiado en salud únicamente estarían afiliados los más desvalidos; intolerancia a la violencia intrafamiliar; mejor nutrición y protección para niños y niñas; mejores condiciones para los discapacitados; Servicio Social Obligatorio para interrelacionar a los jóvenes con la sociedad.

³²⁵“El Plan De Desarrollo de Pastrana se concretó en la Ley 508 de 1999, la cual fue demandada, entre otras razones, por vulneración de la “unidad de materia”. La Corte Constitucional, mediante sentencia C-557 de 2000 declaró su inconstitucionalidad por vicios de procedimiento. En: ANGARITA CAÑAS. Lo invisible de un régimen político y económico. Op. Cit., 191

Considerando la prioridad del gobierno en educación y salud, se planteó la universalización de los servicios básicos para tener mayor cobertura, calidad y eficiencia, impulsando la focalización hacia los más pobres con mejor asignación de los recursos -en particular de las transferencias y esfuerzos propios de los entes territoriales. En salud se buscaba mejorar la competencia entre los diferentes agentes, hacer más sólidas unas entidades y flexibilizar otras, corrigiendo la ineficiencia en la distribución y manejo de los recursos, y en la administración y prestación de los servicios. Se advirtió la necesidad de dar viabilidad financiera al Sistema General de Seguridad Social en Salud. La situación socioeconómica fue crítica dado que los índices de desempleo pasaron de 12.1% (7 ciudades) en 1998 al 17.6% a julio de 2002 (13 ciudades); el subempleo era de 19,8% (I trimestre de 1998 en 4 ciudades) y aumentó al 33,4% (julio de 2002)³²⁶; a la crisis industrial y agraria se sumó el efecto de las privatizaciones y el recorte de los gastos del Estado (aplicación de la Ley 617 de 2001)³²⁷.

La línea de pobreza pasó del 51.5% en 1998 al 59.8 % en 2002; la línea de indigencia subió del 17,9 en 1997 al 23,4% en 2000; el ingreso per cápita disminuyó de US\$2.716 en 1997 a US\$1.890 en 2001. Esta situación impactó negativamente los sectores medios y pobres del país aunado a una crisis económica internacional. El BM³²⁸ reconoció que en 1999 la pobreza afectaba al 64% de la población de los

³²⁶Según Arango, “desde enero de 2001 el DANE reemplazó la Encuesta Nacional de Hogares (ENH) –la cual venía realizando en forma ininterrumpida desde 1976- por la Encuesta Continua de Hogares (ECH), introduciendo diversos cambios que disminuyen estadísticamente las cifras de desempleo. Por ejemplo, se redujo el número de hogares que ahora se visita semanalmente, la ENH consideraba desempleado a quien no tuviera trabajo y lo hubiese buscado en algún momento durante las últimas 52 semanas (un año), mientras la ECH solo a quienes lo hayan buscado en algún momento durante las últimas 4 semanas, y en la nueva encuesta ya no es necesario trabajar sin remuneración más de 15 horas semanales en un negocio familiar para ser considerado empleado, bastando hacerlo al menos una hora. Eduardo Sarmiento (El Espectador, 2001) estima que esta nueva medición reduce el desempleo en 2,5%”. ARANGO, Juan Pablo. Ante la peor crisis del siglo: el peor gobierno del siglo XX. En: ANGARITA CAÑAS, Pablo Emilio, Op. Cit., p.193

³²⁷Su aplicación “arrojó miles de trabajadores oficiales a las filas de los desempleados”. *Ibíd.* p.193.

³²⁸BANCO MUNDIAL. Colombia: nivel de ingresos. 2002. Disponible en internet: <http://datos.bancomundial.org/pais/colombia>. Consultado el 15 de junio de 2009.

cuales el 23% se hallaba en condiciones de pobreza extrema. El presidente Pastrana terminó su periodo con una imagen desfavorable del 67%.

Se evidenció una crisis en los créditos de vivienda del sistema Unidad De Poder Adquisitivo Constante (UPAC) y se creó una nueva unidad, la Unidad de Valor Real (UVR); fue un período de movilizaciones sociales en rechazo a las medidas tomadas por el gobierno y en particular al recorte del presupuesto nacional para el sector social. Esta administración no fue una excepción en la aplicación de medidas propias de la racionalidad del mercado.

A través del Plan Colombia, programa de cooperación bilateral entre Estados Unidos y Colombia que surgió en octubre de 1999, se diseñaron estrategias de lucha contra las drogas ilegales³²⁹ y se cambió la antigua cooperación militar, dando lugar “a una ayuda global integradora de intereses y decisiones de las agencias estatales norteamericanas preocupadas por el deterioro de la situación colombiana”.³³⁰ Aunque se concibió para ser ejecutado entre 1999 y 2005, se extendió hasta el 2013 (en 2007 cambió el nombre a Estrategia de Fortalecimiento de la Democracia y del Desarrollo Social)³³¹.

A mediados del período, en razón a la crisis presentada (decrecimiento económico y pobreza persistente)³³² como una parte del plan Colombia se creó la Red

³²⁹ANGARITA CAÑAS, Pablo Emilio, Op. Cit., p. 222

³³⁰LEAL BUITRAGO, Francisco. El Estado colombiano: ¿crisis de modernización o modernización incompleta? Op. Cit., p.218

³³¹ROJAS, Diana. Plan Colombia II: ¿más de lo mismo? En: Revista Colombia Internacional No.62. p. 15-16. En: ANGARITA CAÑAS, Pablo Emilio. Op. Cit., p. 222-223

³³²Las consecuencias sociales incluyeron la duplicación de la tasa histórica de desempleo a fines de los 90, un aumento constante en la desigualdad y un incremento drástico en la pobreza que contrarrestó una década de sostenidos progresos en su reducción. Contraloría General de la República. Informe social 2008. Disponible en internet: http://www.contraloriagen.gov.co/c/document_library/get_file?p_1_id=25611&folderId=14549089&name=DLFE-20615.pdf. p. 112 Consultado el 24 de junio de 2011

de Apoyo Social (RAS) “apoyado por el Banco Mundial³³³ y el Banco Interamericano de Desarrollo) “que respondía a la necesidad de tener programas temporales de emergencia para la atención de la población en estado de pobreza”³³⁴ y para atenuar la caída en los ingresos de los sectores más vulnerables de la población; “sus programas fueron diseñados con el propósito de que su flexibilidad permitiera contraerlos una vez superados los efectos de la crisis económica”³³⁵. Inicialmente se articularon cuatro frentes de acción: primero, el proceso de negociación con los actores armados, procurando su desmovilización y reincorporación a la vida civil; segundo, la recuperación económica y social para devolver la confianza a la economía colombiana –con dos estrategias: ajuste fiscal y preferencias arancelarias con el ATPA y el fortalecimiento a la RAS mediante el Fondo de Inversiones para la Paz (FIP)-; tercero, la lucha contra el narcotráfico, que reduciría, en seis años, al 50% el cultivo, procesamiento y distribución; por último, el cuarto frente de acción proponía un fortalecimiento institucional y un desarrollo social hacia una política de Derechos Humanos y Atención Humanitaria, concentrada básicamente en la atención a la población desplazada.³³⁶

En las “Herramientas para la Paz”, la RAS presentó 11 programas puntuales: Familias en Acción, Jóvenes en Acción, Empleo en Acción, Vías para la Paz, Obras

³³³ EL BANCO MUNDIAL “propone una nueva definición y marco conceptual para la Protección Social que está cimentado en el manejo social de los riesgos”. Se trata de una “visión ampliada de Protección Social (...) (que) pone énfasis en el doble papel que desempeñan los instrumentos de manejo social del riesgo: se protege la subsistencia básica y, al mismo tiempo, se promueve la disposición a asumir riesgos”. Robert Holzmann y Steen Jørgensen, Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. Febrero de 2000, p. 1. Disponible en internet: http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/revista/vol_21-1/07211.pdf, agosto, 2008. En: Contraloría General de la República, Disponible en internet: http://www.contraloriagen.gov.co/c/document_library/get_file?p_l_id=25611&folderId=14549089&name=DLFE-20615.pdf. Informe social 2008. Consultado el 24 de junio de 2011. p. 112

³³⁴DNP. Evaluación de políticas públicas No.3: Red de Apoyo Social: conceptualización y evaluación de impacto. Consultado en: [http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/archivos/documentos/DEPP/Evaluacion_Impacto_RAS/RAS_\(Final\).pdf](http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/archivos/documentos/DEPP/Evaluacion_Impacto_RAS/RAS_(Final).pdf)

³³⁵ *Ibíd.*

³³⁶CORPORACIÓN COLECTIVO DE ABOGADOS JOSÉ ALVEAR RESTREPO. Plan Colombia-No. Bogotá D.C.: Rodríguez Quito Editores, 2003. p.149-150.

para la Paz, Familias Guardabosque, Gestión Comunitaria, Atención Humanitaria, Transparencia y Convivencia, Derechos Humanos y DIH, El Campo en Acción, que como se dijo desaparecerían una vez superada la crisis, sin embargo permanecieron durante todo el periodo presidencial de Pastrana e incluso con los subsiguientes cambios de gobierno.

Así pues, la prolongación de los programas, lejos de ser la continuidad de una medida exitosa, se configura por el contrario como la ratificación de que no se han traducido en estrategias que pongan fin a la situación de pobreza o que desarticulen los factores que generan la misma, sino que mitigan momentáneamente las condiciones de pobreza de los beneficiarios.

“En cuanto a las “herramientas para la paz” del frente de recuperación social, pese a que la administración Pastrana haya asegurado un éxito sin precedentes, su fracaso solo es comparable con el de la erradicación de cultivos ilícitos, debido a problemas de planeación, desarrollo de proyectos, bajo impacto, insostenibilidad, etc. (...) En suma, estos programas son muy deficientes y presentan grandes irregularidades³³⁷.

Por otro lado una de las fuertes críticas que han recibido estos programas se refiere a sus efectos adversos, entre ellos se ha des-institucionalizado la lucha contra la pobreza por parte del Estado Colombiano, ya que si bien existe una estructura gubernamental diseñada para la atención de las problemáticas sociales (como el Ministerio de la Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF-, la Red de Solidaridad Social (RSS) , el SENA entre otros), dicha estructura perdió injerencia frente a las nuevas entidades especializadas para el desarrollo de los programas mencionados con el argumento de que actúan de manera eficaz y eficiente

³³⁷Ibíd.

sobre población focalizada y además están bajo la responsabilidad directa del Presidente³³⁸. De esta forma se redujo el alcance en términos de atención universal a la población en condición de pobreza, como también se complejizó y retrasó el desarrollo de los mencionados programas.

Según César Giraldo³³⁹

“De acuerdo con el Banco Mundial (2002, ix) las reformas introducidas a comienzos de los 90 (constitución del 91, leyes 60 y 100 de 1993), no modificaron la asistencia pública. Esta afirmación no refleja la realidad. Los sistemas de asistencia se están transformando en programas focalizados hacia poblaciones problema. Los tres programas más importantes son: El primero, el Régimen subsidiado de salud. El segundo, los programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) (...) El tercer programa es de Familias en Acción (que pertenece al Plan Colombia), comenzó a funcionar en el 2002, (...) Los otros programas de asistencia importantes, son (1) Adulto Mayor... (2) Subsidio al Desempleo... (3) Atención a Población Desplazada (...)”.

Nos indica el autor, que los programas asistenciales son marginales en cobertura y apoyo, de otra parte no existen programas universales para el conjunto de los ciudadanos, que no están integrados a un sistema de protección social, y no tienen la suficiente continuidad”³⁴⁰

Ya en el Plan de Desarrollo se mostraban algunas dificultades para la implementación del Sistema de Protección Social:

“La implementación de este mecanismo novedoso de protección social requirió una institucionalidad nueva y una capacidad institucional y logística con la que no se contaba al iniciar el Plan Colombia. La

³³⁸También otros analistas como el Colectivo de Abogados José Alvear Restrepo hicieron fuertes críticas al proceso por considerarlos ineficaces “(...) los programas de las “herramientas para la paz” ya venían siendo adelantados por otras entidades estatales, como el Sena y el ICBF. Esto ha implicado un debilitamiento de estas entidades a cambio de la creación de una burocracia exagerada y como nunca ineficaz”

³³⁹GIRALDO, César. Protección o Desprotección Social. Bogotá: Ed. Desde Abajo, 2007. p. 239

³⁴⁰Ibíd. p. 240.

complejidad en su diseño, los requerimientos de la banca multilateral para los desembolsos del crédito, y las demoras en la definición del marco institucional, retardaron el inicio de actividades de la RAS. Una vez se definió dicha institucionalidad en manos del FIP³⁴¹, se presentaron demoras adicionales mientras este fondo creaba la capacidad institucional y logística necesaria para la ejecución de cada programa. Lo anterior impidió que la asistencia llegara con la oportunidad requerida e, igualmente, problemas en su financiamiento hicieron necesaria la intervención de la nueva administración para garantizar su sostenibilidad, la cual aseguró los recursos y la continuidad de los programas”³⁴²

Según Giraldo, dos conceptos tomaron fuerza en la asistencia y acentuaron la discontinuidad de los programas:

“El primero es el de las “Redes de Protección Social”. Tales Redes (en este caso hacemos referencia a la Red de Solidaridad Social y al programa de Plan Colombia denominado Red de Apoyo Social). Se caracterizan por adelantar programas temporales, para atender situaciones urgentes, sobre grupos poblacionales específicos y geográficamente ubicados. El segundo es la introducción de la cultura de proyectos. El concepto de proyectos significa que los programas de asistencia tienen un horizonte limitado en el tiempo, no son continuos (...)”³⁴³

Otro aspecto que merece destacarse aquí es el compromiso que como Jefe de Estado y de Gobierno asume con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), agenda adoptada en septiembre de 2000 por los Jefes de Estado y de Gobierno de 189 países participantes en la Asamblea General de la ONU, con la que buscaban consenso sobre cooperación internacional, dirigiendo esfuerzos y recursos para superar problemas de desarrollo de los países pobres del mundo. Se concretizó en 8 objetivos y se establecieron metas o desafíos para su cumplimiento en el 2015. Colombia adquirió compromisos en los siguientes temas: 1) erradicar la extrema

³⁴¹ El Fondo De Inversión Para La Paz, creado por la Ley 487 del 24 de diciembre de 1998 y reorganizado por el Decreto 1813 del 18 de septiembre de 2000 y por el Decreto 1003 del 29 de mayo de 2001, como principal instrumento de financiación de programas y proyectos estructurados para la obtención de la Paz (Nota aclaratoria del autor)

³⁴² CAMBIO PARA CONSTRUIR LA PAZ, DNP: Plan De Desarrollo de Andrés Pastrana 1998-2002.

³⁴³ GIRALDO, César. Op. Cit., p. 240

pobreza y el hambre; 2) lograr educación primaria universal; 3) promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer; 4) reducir la mortalidad infantil; 5) mejorar la salud materna; 6) combatir el VIH SIDA, la malaria y otras enfermedades; 7) garantizar la sostenibilidad ambiental y 8) crear una sociedad global para el desarrollo.³⁴⁴ Aunque fue firmado por este gobierno, como se dijo, no tuvo ningún avance y debió ser asumido por sus sucesores. En términos generales, las acciones de lo relacionado con la atención de lo social y la pobreza fueron muy criticadas.

Este gobierno fue cuestionado por la forma como abordó la atención a lo social y el cambio que se ha evidenciado en el modelo de universalización hacia la focalización y la articulación de la atención a la pobreza con los programas del Plan Colombia.

Sarmiento criticó los programas sociales contenidos en el plan “Cambio para construir la paz”, los cuales consideraba ambiguos y descoordinados de los grupos sociales, contruidos de forma asistencialista sin definir metas cuantitativas anuales, en fin, bastante caótico. “En la práctica significa el desmonte de la función social del Estado en materia de Educación, salud y atención a la niñez; se busca incrementar las privatizaciones en el sector social y atiborrar a municipios y a comunidades con nuevas responsabilidades.”³⁴⁵ Así mismo consideraba que:

“La concepción de la política social del gobierno Pastrana es limitada, por lo menos en tres aspectos: i) el desconocimiento de la Constitución de 1991 en materia de derechos sociales, económicos y culturales como fin del Estado Social y Democrático de Derecho. En el Plan se reafirma el viejo Estado patrimonial y oligárquico con su visión asistencialista de prestación de servicios y funcionalidad de lo social al crecimiento económico, reduciendo su financiamiento a las necesidades del ajuste

³⁴⁴Ampliación de esta temática en: ODM Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Un compromiso con los derechos económicos, sociales y culturales. Editora Consuelo Corredor. U. Nacional, PNUD. Bogotá 2010.

³⁴⁵ El Fondo De Inversión Para La Paz. Op. Cit., p. 126.

fiscal y reafirmando los mecanismos clientelistas de focalización, ii... III) es elitista y demagógico al considerar que únicamente a las familias pobres las caracteriza el menor capital humano y social....”³⁴⁶

Siguiendo con Sarmiento, “La descentralización, el desmonte de subsidios y las privatizaciones hacen parte de las estrategias fundamentales del “Plan Cambio para Construir la Paz” (...) Establece que en el periodo 1999–2002 la mayor responsabilidad del gasto social estará a cargo de las entidades territoriales, más del 50% de la ejecución de la inversión social estará a su cargo.”³⁴⁷

En principio, los temas de los que se ocupaba la Red que respondían a necesidades coyunturales frente a la pobreza -se buscaba intervenirla y mitigarla- paulatinamente se fueron volviendo programas permanentes, contrario a los fines y diseños imaginados de tal manera que posteriormente son retomados y reformulados por los siguientes gobiernos, como es el caso del Programa Familias en Acción, que se convirtió en prioritario para la Agencia Presidencial Para la Acción Social y la Cooperación Internacional.

Sarmiento considera los contenidos del Plan de Desarrollo como “ambiguos, desordenados, en fin caóticos y alejados de la función social del Estado, buscan incrementar las privatizaciones en el sector social y trasladar a los municipios y comunidades las responsabilidades”³⁴⁸.

Entre 1994 y 1997 los ingresos solo aumentaron el 1.11% mientras que los gastos lo hicieron con un 3.48%. Según Junguito y Rincón este comportamiento de la política fiscal se debe a dos razones: la falta de algunos ingresos provenientes de las privatizaciones realizadas en la administración Gaviria, y el crecimiento de los gastos

³⁴⁶SARMIENTO ANZOLA, Libardo. Op. Cit., p. 126

³⁴⁷ Ibíd. p. 122.

³⁴⁸ Ibíd. p.126.

de funcionamiento del gobierno cuya tasa promedio anual era del 40%, un tercer factor fue la disminución en las tasas de crecimiento de la economía durante el período 1994-97 con respecto a años anteriores. El presidente Pastrana a través del Ministerio de Hacienda y Crédito público manifestó que su principal preocupación su administración en materia económica era el saneamiento de las finanzas públicas. Sin embargo la crisis de 1999 se manifiesta durante su gobierno, por lo cual muchas de las reformas que plantea en su plan tuvieron que ser postergadas.

Según Restrepo, citado por Junguito y Rincón³⁴⁹, en materia de finanzas publicas el efecto inmediato fue una reducción de las mismas del 6.4% en términos reales, de los ingresos del gobierno nacional, mientras que los gastos del gobierno continuaron incrementándose pasando del 16,95% en 1998 al 21.27 en 2001. El mayor crecimiento del gasto obedeció a que la mayoría de los recursos se destinaron al Fondo de Garantías de las Instituciones Financiera (FOGAFYN), para el apoyo en la capitalización de los bancos que se vieron afectados por la crisis y al crecimiento desbordado de las transferencias.

Luego de la crisis financiera del 1999, y de una leve recuperación en la economía nacional e internacional, el gobierno logró hacer algunas de las reformas que se había propuesto. En primer lugar se emitió la ley de ajuste fiscal territorial, Ley 617 de 2000, con la cual se establecía restricciones al crecimiento de los gastos totales de los entes territoriales y por lo tanto se lograban una disminución de las transferencias. En segundo lugar la reforma tributaria establecida en la Ley 633 de 2000, que permitió aumentar los ingresos del fisco en 3.8 billones anualmente.

³⁴⁹JUNGUITO, Roberto, RINCON, Hernán. La política fiscal en el siglo XX. En: Colombia: investigación borradores de economía, no 356. Bogotá, Banco de la República, 2004. En: ANGARITA CAÑAS, Pablo Emilio, Op. Cit., p.204-205.

Al igual que en otros temas de atención a la pobreza, en el de la protección social, se fortalece el discurso de que atender esta problemática no puede ser una responsabilidad exclusiva del Estado. En ese sentido plantea Cárdenas³⁵⁰ que el Estado no es el único agente involucrado en la protección social, es válido preguntarse qué aspectos del aseguramiento deben dejarse en manos de mecanismos informales y de mercado. El enfoque más aceptado entre los economistas le asigna al Estado la responsabilidad de establecer las condiciones propicias para que instituciones de mercado, o los mismos individuos, desarrollen herramientas eficientes para protegerse ante sucesos perjudiciales.

El presidente Pastrana, con fuertes apoyos internacionales, argumentando la paz, terminó implementando medidas dentro de los dictámenes de los organismos internacionales, firmó acuerdos de cooperación como el Plan Colombia, que incluía programas sociales y logró posicionar al país en el contexto internacional, luego de la crisis de su antecesor.

El gobierno Pastrana desde sus inicios se caracterizó por un marcado discurso de paz en medio del conflicto armado, pero luego del fracaso del Caguán se intensificó el conflicto; la situación económica de orden internacional y nacional incidió en el incremento de los problemas socio-económicos; en lo social prevaleció la atención focalizada que presentó dificultades en su organización y gestión. Paradójicamente aunque su actuar no contempló un énfasis en la solución de los problemas de pobreza, terminó creando estructuras que han dado soporte a las posteriores políticas de atención a la pobreza extrema.

El modelo de atención a lo social, la Red y algunos de los programas bandera como Familias en Acción fueron retomados por Uribe Vélez. Por ello en diferentes

³⁵⁰CARDENAS, Mauricio. Introducción a la Economía Colombiana. Bogotá: Alfaomega Colombiana - FEDESARROLLO, enero de 2007. p. 446.

debates políticos el presidente Pastrana ha reclamado la paternidad del Plan Colombia y de algunos de los programas sociales que desarrolló el siguiente gobierno, entre ellos, como se decía, Familias en Acción.

b) Gobiernos de Álvaro Uribe (2002-2010)

Álvaro Uribe Vélez fue presidente de la República en dos ocasiones, que se puede denominar la “era Uribe” o de la “Seguridad Democrática”, la primera en el período 2002–2006 y la segunda para el periodo inmediatamente siguiente 2006–2010³⁵¹, gracias a la reforma constitucional que posibilitó la reelección presidencial. En ambas ocasiones obtuvo un amplio número de votos³⁵² ganando en la primera vuelta. Según González³⁵³, la forma en que Uribe llegó al ejecutivo y desarrolló su plan de gobierno, se traducen en un rompimiento con la política tradicional en tanto su plataforma política nació de la disidencia con el partido liberal, adicional a la legitimidad basada en su carisma y la forma en la imagen que de él ayudaron a formar los medios de comunicación, mostrándolo como un líder cuya mano dura lograría cambiar el estado de crisis social, política, económica y de seguridad en que había

³⁵¹En el primero de los dos periodos presidenciales se ejecutó el Plan Nacional de Desarrollo denominado Hacia un Estado Comunitario, en el cual se enfatizó en las políticas de seguridad democrática, el fomento del crecimiento económico sostenible y el Incremento de la transparencia y eficiencia del Estado tomando como referencia la dimensión del desarrollo de políticas macroeconómicas. En su segundo periodo se ejecuta el Plan Nacional de Desarrollo “Estado Comunitario: desarrollo para todos” en el cual se buscó desarrollar aspectos que quedaron pendientes de su mandato anterior, configurando por ende políticas basadas en la defensa y seguridad democrática, en la reducción de la pobreza y la promoción del empleo el fomento del nivel de crecimiento del país con enfoque sostenible, pero en asocio con una gestión ambiental y de riesgos y una orientación al ciudadano.

³⁵²COLOMBIA-SA, ÁLVARO URIBE VÉLEZ: Períodos presidenciales: Del 7 de agosto de 2002 al 7 de agosto de 2006 y del 7 de agosto de 2006 al 7 de agosto de 2010 Ver: http://www.colombia-sa.com/presidentes/alvaro_uribe_velez.html. Consultado el 15 de mayo de 2015. Para un análisis del gobierno Uribista. En ANGARITA CAÑAS, Pablo Emilio .Op. Cit., Cap.V.p.282-293.

³⁵³GONZÁLEZ, Fernán. El fenómeno político de Álvaro Uribe Vélez. ¿De dónde proviene la legitimidad de este líder elegido por segunda vez como presidente?. Bogotá, Instituto de investigación y debate sobre la gobernanza – IRG, septiembre; 2006. Disponible en internet: <http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-245.html>, Consultado el 15 de mayo de 2015.

quedado el país tras el gobierno de Pastrana, especialmente con la generalización del conflicto armado y la violencia por grupos armados ilegales.

Entre las características de este gobierno está el rompimiento del esquema de negociación de paz con las FARC.

Estudios como el citado de González, o el de Garzón Triana³⁵⁴ evidencian algunos logros durante el periodo Uribe, en materia de Seguridad democrática, por ejemplo, se señala la recuperación del territorio nacional gracias a la acción coordinada de las fuerzas militares, dando como resultado el debilitamiento de los grupos insurgentes, desmovilización de grupos paramilitares y el consolidar en el territorio la percepción de seguridad. Por parte del aparato económico se le adjudica a su Gobierno el haber generado condiciones macroeconómicas que estabilizaron al país y lo alejaron de la crisis: inversión extranjera, creación de empresas, aumento del PIB, incrementos en el nivel de empleo. En materia de participación ciudadana, Uribe desarrolló al extremo los “consejos comunitarios”, espacios a través de los cuales logró posicionarse como un mandatario cercano a los problemas de los ciudadanos.

Este Gobierno se vio salpicado por escándalos tales como la yidispolítica, la parapolítica, las ejecuciones extrajudiciales mal llamadas ‘falsos positivos’, la desmovilización de grupos paramilitares, las “chuzadas” del Departamento Administrativo de Seguridad, DAS, entre otros.

“En abril del 2008, la congresista Yidis Medina declaró haber negociado su voto a favor de la reelección a cambio de nombramientos en notarias y aportes económicos que le habrían ofrecido Bernardo Moreno (Secretario General de la Presidencia), Sabas Pretelt de la Vega (ex Ministro del

³⁵⁴ GARZÓN TRIANA, Laura María. Análisis de los tres principales objetivos estratégicos de la política de Seguridad Democrática: consolidación del Control estatal del territorio, Confianza inversionista y Cohesión social (2002-2010). Bogotá, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario; 2011: 80 p.

Interior y Embajador en Italia) y Diego Palacio (Ministro de Protección Social). Yidis Medina fue condenada por la Corte Suprema. En agosto de 2010, el Procurador Alejandro Ordoñez destituyó e inhabilitó a Pretelt de la Vega por su responsabilidad en estos hechos. (...) A los escándalos de la yidispolítica y la parapolítica, se sumaron las investigaciones por los seguimientos ilegales realizados durante su gobierno a magistrados y miembros de la oposición y el escándalo por las ejecuciones extrajudiciales de civiles presentados como guerrilleros por militares para mostrar resultados y que provocó la salida de 27 oficiales del Ejército”³⁵⁵.

Al Gobierno Uribe también se le hacen críticas centradas en lo que Bustamante Roldán³⁵⁶ denomina democracia totalitaria, manifestada en las confrontaciones entre la rama ejecutiva y las otras del poder público en especial la judicial, a partir de los obstáculos que los jueces pusieron a las reformas que propugnaban mayor concentración del poder en el ejecutivo, en sus dimensiones política, presupuestal, administrativa, tributaria, significando con ellos una pérdida del equilibrio de poderes:

“(...) el ejecutivo ha intentado coartar el cumplimiento de las funciones de los altos jueces y evitar el ejercicio pleno de las libertades políticas a los miembros de los partidos de oposición, al igual que ha hostigado a importantes directivos de los medios de comunicación. No hay “choque de trenes” entre las ramas del poder público como se quiere hacer aparecer ante la opinión pública y ante el mundo. Hay desborde institucional del poder ejecutivo sobre el judicial y una enorme presión sobre el legislativo para tramitar a como dé lugar el proyecto de ley del referendo para la segunda reelección del Presidente Uribe”³⁵⁷.

³⁵⁵LA SILLA VACÍA. Álvaro Uribe Vélez. Edición del Viernes 22 de octubre de 2010. Disponible en internet: <http://lasillavacia.com/perfilquien/18882/alvaro-uribe-velez>. Consultado el: 15 de mayo de 2015.

³⁵⁶BUSTAMANTE ROLDÁN, Jorge. Colombia, una democracia amenazada. En: Razonpublica.com. Edición del lunes 13 de Julio de 2009. Disponible en internet: <http://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/207-colombia-una-democracia-amenazada.html> Consultado el: 15 de mayo de 2015.

³⁵⁷Ibíd.

También se presentaron críticas a los problemas de corrupción y clientelismo, y en especial a la infiltración de grupos paramilitares en el ejercicio de la política, o *parapolítica*. El Documento de Claudia López y la Corporación Nuevo Arco Iris³⁵⁸ da cuenta de esta relación destacando los nexos y alianzas que existieron y han existido entre los grupos paramilitares y la dirigencia política del país en función tanto del proyecto de expansión paramilitar como de la competencia política electoral. Un argumento central es la forma en que los paramilitares interfirieron en la contienda política a partir de las elecciones para Cámara de Representantes y Senado de la República, puesto que donde se posibilitó la elección de mayor número de senadores y representantes fue en las zonas de mayor control paramilitar. La argumentación se hizo comparando las elecciones del 2002 y del 2006; se incrementó la creación de movimientos y partidos políticos, diferentes al conservatismo y al liberalismo tradicionales, lo que permitió ganar importantes posiciones en los órganos legislativos del país; la evidencia está en que aquellos partidos “recién conformados”, que hicieron trabajo político en zonas de mayor influencia paramilitar, fueron los que obtuvieron mayor cantidad de alcaldes y concejales municipales en las elecciones de 2003.

“Se ha comprobado que los paramilitares han influido y se han beneficiado del ámbito local, regional y nacional. Por una parte influyeron a funcionarios locales y regionales, representantes y senadores. Además tuvieron relaciones con otros funcionarios como secretarios, miembros de la Fiscalía, Registraduría, del Ministerio, del Departamento Administrativo de Seguridad (DAS), del Drug Enforcement Administration (DEA) y del Central Intelligence Agency (CIA). También colaboraron estrechamente con las Fuerzas Militares, ejército y policía. Empresarios de empresas nacionales e internacionales estuvieron favoreciendo a estos grupos. Agricultores, ganaderos, periodistas ayudaron de una manera u otra a estos grupos armados.

³⁵⁸ LÓPEZ HERNÁNDEZ, Claudia (ed.) - Corporación Nuevo Arco Iris. Y refundaron la patria... de cómo los mafiosos y políticos reconfiguraron el Estado Colombiano. Bogotá; Debate, segunda reimpresión septiembre; 2010.

Por tanto, no sólo influyeron en política, sino que se expandieron por más ámbitos y cooptaron tres niveles de gobierno. (...) Es decir, tuvieron funciones relacionadas con el monopolio “legítimo” de la fuerza, el monopolio “legítimo” de la administración de justicia (sic) y el monopolio “legítimo” de control de impuestos. Una vez que administraron estos monopolios y para evitar el desagravio de la población civil, comenzaron a capturar funciones estatales propias del Estado de Bienestar. Es decir, comenzaron a capturar salud, educación, vivienda, infraestructuras, en definitiva, controlaron directamente bienes y servicios para tener contenta a su base social. Por tanto capturaron el Estado como una vía para ir consolidando su base social. Esta manera de actuar se reforzaron (sic) las redes clientelares, las estructuras personales”³⁵⁹.

La política de salud en el período Uribe, según “Así vamos en salud”³⁶⁰, se enfocaba a tres ejes: mejoramiento de cobertura, especialmente alcanzar cobertura universal en el Régimen Subsidiado para SISBEN niveles 1, 2, 3; financiación, proponiendo el cálculo de la UPC con base con el perfil de riesgo de la población y las características del sistema y último sobre los problemas administrativos que incidían en la calidad de los servicios, para lo cual propuso modernizar los mecanismos de contratación, enfatizando en el cumplimiento de estándares de calidad.

En este tiempo se llevaron a cabo un conjunto de proyectos de reforma y dinámicas de transformación de la institucionalidad existente en el sector salud. Por ejemplo pueden señalarse cuatro hitos centrales en dichos procesos: reformas institucionales (2002), reformas a la Ley 715 de 2001 (2004), Ley 1122 de 2007 y reformas al amparo de la emergencia social (2009). Se puede señalar que en este periodo de tiempo se efectuaron un sinnúmero de proyectos de ley.

³⁵⁹ÁLVARO RODRÍGUEZ, MIRIAM (2013) El poder paramilitar en Colombia o de cómo los paramilitares llegaron a cooptar el estado colombiano (1980-2010). [Tesis Doctoral]. Madrid, Universidad Complutense De Madrid, Facultad De Geografía E Historia, 2013. Disponible en internet: <http://eprints.ucm.es/23064/> Consultado 16 de mayo 2015. P.325-326

³⁶⁰ Así Vamos en Salud. Álvaro Uribe Vélez define los lineamientos básicos de su programa de salud. Disponible en internet: <http://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/politicas-publicas/proyectosdeley.ver/10>, Consultado el: 15 de mayo de 2015.

El proceso de transformación y reestructuración de hospitales públicos durante los dos cuatrienios, se concibió bajo un discurso modernizador enfocado a resolver las consideradas debilidades del sistema -demora en el flujo de los recursos, pesada y lenta capacidad de gestión, debilidad gerencial y pasivos prestacionales- para lo cual se creó el programa de Reorganización y Rediseño de las Redes de Prestación de Servicios de Salud (Conpes 3175 de 2002 y Conpes 3204 de 2002). Las reformas, desde la perspectiva institucional, estuvieron enfocadas directamente a la aplicación efectiva de los mecanismos normativos que fomentaran que los hospitales pudieran recibir recursos directamente y no con intermediación; también al fortalecimiento de la capacidad gerencial para minimizar el pasivo prestacional y finalmente la continuación en el proceso de reestructuración de las redes de hospitales en cuanto a la prestación de servicios de salud.

Dadas las dificultades e inconvenientes del Sistema de Salud a lo largo de sus primeros diez años y proponer un ajuste se conformó una Comisión Accidental en el Congreso. Al mismo tiempo, el ejecutivo y varios sectores del legislativo decidieron abordar el tema y presentar proyectos de reforma en tres legislaturas consecutivas, producto de lo cual en el 2005 se generó un proyecto de Ley relativamente consensuado que fracasó en el momento de ser aprobado, a causa de la discusión sobre participación de agentes privados en el aseguramiento y sobre la conveniencia de la integración vertical con los prestadores de servicios. Finalmente en el 2006, se lograron acuerdos, bajo el liderazgo de la comisión de gobierno, para aprobar la Ley 1122 de 2007.³⁶¹(Ver anexo A)

Por otro lado durante este gobierno la Corte Constitucional promulga a través de la sentencia T-760 del 2008, el derecho humano fundamental a la salud, en la que

³⁶¹RESTREPO, Jairo Humberto. ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? En Revista Facultad Nacional de Salud Pública, volumen 25 No 1, enero-junio 2007, p. 82-89. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. p.83.

se sintetiza y condensa gran parte de la jurisprudencia que en torno al derecho a la salud se había desarrollado en el país hasta esa fecha, es decir, lo que se denominó en general “la existencia de problemas de regulación del sistema y sobre asuntos relativos al derecho a la salud”³⁶².

Se han presentado varias iniciativas de ajuste a la Ley 100 con el fin de mejorar la prestación del servicio de salud. En el primero de ellos en el 2007 (Ley 1122), se le asignó a la Comisión de Regulación en Salud (CRES) la responsabilidad de definir y actualizar los planes de beneficios. En el 2009, dieciséis años después de implantado el modelo de competencia regulada basado en la industria del aseguramiento, y posterior al reconocimiento “como el más equitativo del mundo en el año 2000” por la Organización Mundial de la Salud, fue declarada la Emergencia Social en Salud, por medio del decreto 4975, con el que se buscaba inyectar nuevos recursos al sector. La paradoja radica en que el mismo ponente de la Ley, Álvaro Uribe Vélez es quien proclama la Emergencia en su condición de Presidente, reconociendo los problemas generados en el desarrollo del SGSSS y buscando la forma de recuperarlo. Esta disposición fue declarada inexecutable por la Corte Constitucional.

Las posturas críticas frente a los proyectos de reformas en salud de la era Uribe; Una de éstas fue presentada por Mauricio Torres³⁶³ quien concluyó que las reformas no cambiaron el sistema, por el contrario, fortalecieron el sistema de mercado de la salud y consolidaron los mecanismos que garantizaran a las empresas privadas la acumulación de capital. Para Torres, el proceso de reforma desarrollado por Uribe se orientó en el discurso hacia:

³⁶²MALAGON OVIEDO, Rafael. La sentencia T-760: reseña crítica. En: Cuadernos del Doctorado No. 11. La sentencia T-760: alcances y limitaciones. Universidad Nacional de Colombia 2010. p. 13

³⁶³ TORRES, Mauricio. Ocho Años de Inseguridad Social en Salud. Balance del Gobierno de Uribe en el tema de salud. Contenido en: Desde Abajo, Informe especial (Ediciones 156- 157), Bogotá, 2010. Disponible en internet: <http://www.alames.org/documentos/ochoan.pdf>

“1) alcanzar cobertura universal de aseguramiento a partir de incorporar grupos laborales excluidos (como los taxistas) y aumentar el número de subsidios para la población más pobre; 2) fortalecer los procesos de vigilancia y control, para evitar la evasión y mejorar la eficiencia del sistema de salud; 3) garantías a los profesionales del sector a través de tarifas justas, como oportunidad a los usuarios para escoger; y 4) enfrentar la de mortalidad en las modalidades ya referidas”³⁶⁴

A pesar de las anteriores propuestas, la realidad de la evolución del sistema fue la consolidación de un mercado de salud basado en un modelo de aseguramiento, en detrimento de lo público gubernamental, y consolidó un mercado privado construido sobre lógicas de rentabilidad, lo que se observa en las principales acciones adelantadas por el Gobierno: transformaciones institucionales del Ministerio de Salud, quedando la salud como un aspecto tangencial en la agenda de gobierno; la reestructuración y liquidación de hospitales públicos, y la liquidación del Instituto de Seguros Sociales (ISS); aspectos que al tenor de Torres, se encontraban en consonancia con los OEI:

“... La incorporación del enfoque promovido por el Banco Mundial del Manejo Social del Riesgo en el Ministerio de la Protección Social consolidó a éste en función de los intereses de mercado del sistema de aseguramiento y la atención de la enfermedad, dado que el enfoque establece que la responsabilidad central de proteger la salud es del individuo y su familia, y no del Estado, para lo cual ya no se requiere una cartera que atienda los problemas de salud de la gente sino empresas dispuestas a vender sus servicios a clientes que deben conseguir con qué pagar la atención. Sólo queda un pequeño grupo de la población, la más excluida y marginada, incorporada a este mercado vía subsidios en salud (política de focalización)”³⁶⁵.

En sentido estricto, si bien en el periodo se aumentó el gasto público en salud, el discurso promovido desde el Gobierno tuvo su núcleo en la incapacidad y fallas de los entes territoriales para administrar los recursos, lo que implicó el fortalecimiento

³⁶⁴Ibíd.

³⁶⁵Ibíd. p. 2

de lo privado a expensas de los recursos públicos del sistema, ya que fueron las EPS las encargadas de manejar cada vez un mayor flujo de recursos. El problema fue que la institucionalidad pública no era competitiva en este mercado, por ende, las empresas privadas generaron una mayor capacidad de integración vertical, y mediante el uso de los recursos públicos crecieron en infraestructura física y tecnológica, pero con estándares de servicio bastante precarios en un sistema cuya lógica es la diferenciación de ingresos, caso que se puede ejemplificar con la empresa Saludcoop.

El periódico el Pulso³⁶⁶ en 2006 hizo un análisis, en el que señala entre otros aspectos, que las políticas han sido más institucionales que sociales, es decir se prioriza la adecuación del sistema de información sobre la garantía en la atención; se evidencia la ausencia de metas en salud pública y de estrategias concretas que se enfoquen en soluciones estructurales de los problemas sociales de salud para las poblaciones más pobres y vulnerables.

Según los críticos, los problemas no se corrigieron con las políticas uribistas, no se cambió el modelo de aseguramiento, ni se modificó el esquema inequitativo basado en seguros que ocasiona barreras de acceso condicionadas a la capacidad de pago de los usuarios. En otras palabras, se criticó la visión tecnocrática del Plan de desarrollo, aludiendo que éste no proponía una real política social, sino que se limitaba a incluir la población pobre en el Régimen Subsidiado, en vez de determinar soluciones de empleo e inclusión social, institucionalizar grandes programas de prevención, definir claramente metas cuantificables en los diferentes frentes sociales, y explicitar los mecanismos para mejorar no sólo la asignación sino la ejecución del inmenso flujo de recursos que maneja el sistema.

³⁶⁶El Pulso. La Utopía sirve para caminar... Medellín, año 8, Número 98. Noviembre; 2006. Disponible en internet: <http://www.periodicoelpulso.com/html/nov06/editorial/editorial.htm>. Consultado el: 15 de mayo de 2015.

c) Gobiernos de Juan Manuel Santos (2010-...)

Durante el primer gobierno de Juan Manuel Santos (2010-2014), se presentó el Plan Nacional de Desarrollo “Prosperidad para todos”, estructurado en función a tres ejes: crecimiento y competitividad, igualdad de oportunidades y consolidación de la paz. El primero de los ejes se organizó en torno a las “Locomotoras del Desarrollo”, con fundamento en paradigmas de la Nueva Gestión Pública como el Buen Gobierno³⁶⁷, las que fueron definidas sectorialmente como infraestructura, minería, vivienda, agricultura e innovación.

En cuanto a la competitividad, el conjunto de estrategias diseñadas por el gobierno estaban orientadas a la formalización, por ejemplo mediante la Ley de primer empleo, o la participación privada en infraestructura económica y social, y desarrollo de proyectos productivos de gran escala, pero tal vez la más importante de todas fue la política minero energética enfocada a ampliar la producción de hidrocarburos y recursos como el carbón, mediante la adecuación de infraestructura que ampliara la cobertura en zonas no conectadas, mejorando la capacidad de transporte en materia de ductos, oleoductos, vías de transporte, fortalecimiento institucional de la minería legal y la artesanal y regulación sobre actividades de extracción minera ilegal.

En el marco del componente de igualdad de oportunidades, las metas se orientaron a mejorar los indicadores asociados a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, disminuir el nivel de pobreza e indigencia, bajar la tasa de desempleo a un dígito, entre otros, los cuales fueron abordados mediante programas focalizados de asistencia a primera infancia y niñez, generación de capital humano, consolidación de

³⁶⁷Con relación a Buen Gobierno, Schröder señala que este “es una forma de gobierno y de administración pública que es capaz de proveer eficientemente”, es decir, satisfacer las necesidades de la población” SCHRÖDER, Peter. Nueva Gestión Pública: Aportes para el buen gobierno. Fundación Friedrich Naumann, México DF, s.f. 47 p.

la Red JUNTOS, y atención a la población desplazada y víctima de la violencia; a través de la ley 1438 de 2011 se desarrolló un nuevo andamiaje estatal en la protección de este tipo de población³⁶⁸.

Otro aspecto es el proceso de reforma administrativa con la promulgación de la Ley 1444 de 2011³⁶⁹. Dicho argumento permite diferenciar a Santos de Uribe, pues mientras que Uribe se enfocó a la disminución del Estado, Santos no se centró en el tamaño del aparato estatal sino en las capacidades del aparato gubernamental, junto con la inclusión del sector privado en la prestación de bienes y servicios, en pos de mejorar las condiciones sociales y así disminuir las brechas existentes. Como se aprecia en las justificaciones a la reforma (informes al Congreso versiones 2011 y 2012) el contenido se orientó a la creación de un Estado que atendiera las demandas sociales y que garantizara mayor estabilidad y mejor gobernabilidad³⁷⁰.

El análisis de Cárdenas y otros³⁷¹, posibilita ver los incidentes que implicó la reforma. Ésta se estructuró en cuatro frentes: primero, el fortalecimiento del sector social y reconciliación, para lo cual se creó el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social y su red institucional; segundo, fortalecimiento institucional para la política social del Estado con la creación del Ministerio de Justicia y Territorio y el Ministerio de Salud y protección social, mediante la escisión de los Ministerios que se habían fusionado en el anterior periodo presidencial con Uribe; tercero, fortalecimiento institucional en sectores estratégicos para la competitividad: se creó el

³⁶⁸Ver: GÓMEZ, Hernando José y otros. Una mirada al plan nacional de desarrollo 2010-2014. En: FEDESARROLLO. Debates de Coyuntura Económica, No. 85; Bogotá, FEDESARROLLO, 30 p.

³⁶⁹ “Por medio de la cual se escinden unos Ministerios, se otorgan precisas facultades extraordinarias al Presidente de la República para modificar la estructura de la administración pública y la planta de personal de la Fiscalía general de la nación y se dictan otras disposiciones”.

³⁷⁰ SANTOS C., Juan Manuel. Mensaje del Presidente. Informe al Congreso. Bogotá, Presidencia de la República; 2012; p. 19.

³⁷¹CÁRDENAS, J. H. CALA, J. BLANCO, A. MAYOLO, A. Dos décadas de reformas administrativas en Colombia y la reforma de 2011. Bogotá, Oportunidad Estratégica, 2014, 47 p. Disponible en internet: <http://es.slideshare.net/cardenasjhc/dos-dcadas-de-reformas-administrativas-en-colombia-y-la-reforma-de-2011>

Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio y se crearon un conjunto de Agencias especializadas³⁷²; por último, el eje de eficacia y eficiencia del Estado, en el cual se crearon la Agencia Nacional de Defensa jurídica del Estado, la Agencia Nacional de Contratación Pública, la Dirección Nacional de Inteligencia, entre otras.

Tres reflexiones permiten establecer las características centrales del proceso de reforma en el gobierno Santos, que lo diferencian de procesos anteriores, en especial el PRAP desarrollado en la era Uribe; primero, su eje fue la necesidad de implementar procesos de innovación del sector público en función a dos referentes: la incorporación del país al grupo de la OCDE, que sugiere adaptar el Estado al contexto político internacional; segundo, la adecuación institucional se centró en separar entidades antes fusionadas como mecanismos para resolver problemas de aglutinación de funciones, responsabilidades diferentes en una misma entidad en pos de recuperar la capacidad de gestión que habían perdido anteriormente; tercero, la nueva estructura estatal se dispuso como mecanismo de acceso a cooperación internacional, inversión y recursos de la banca multilateral y organismos internacionales (BID, OCDE) en torno a procesos estratégicos como crecimiento económico y negociación del conflicto armado interno con grupos al margen de la ley (guerrillas de las FARC y ELN), sustentada en la construcción de un discurso sobre la paz.

En el contexto social y político, llama la atención de este Gobierno es la consolidación de una tendencia denominada la tercera vía. Molano³⁷³ en su análisis describe esta tendencia como una ideología que imbrica política y economía en la

³⁷²Estas son: la Agencia Nacional Minera, la Autoridad Nacional de Licencias Ambientales, la Unidad Administrativa Especial Parques Nacionales Naturales de Colombia, la Agencia Nacional de Infraestructura y, la Dirección de Gestión de Riesgos y Desastres (en reemplazo del INCO)

³⁷³MOLANO CAMARGO, Frank. La tercera vía de Juan Manuel Santos: Otro camino para el desenvolvimiento del fascismo y del neocolonialismo” Bogotá. Disponible en internet: <http://www.modep.org/2011/02/02/la-tercera-via-de-juan-manuel-santos-otro-camino-para-el-desenvolvimiento-del-fascismo-y-del-neocolonialismo/> Consultado el: 15 de mayo de 2015.

interrelación de dos contextos específicos que determinan la formulación y ejecución de los últimos dos planes de desarrollo: un contexto internacional en el cual se evidencia la revalorización de Colombia en escenarios internacionales con características de crisis; y un contexto nacional, en el que se manifiesta la consolidación de un régimen político basado en la generación de alianzas políticas tanto entre ramas del poder, como entre el sector público y el privado. Al respecto del primer contexto Molano señala:

“El contexto histórico que enmarca este Plan Nacional de Desarrollo es diferente al de otras administraciones. Estamos frente a un optimismo auténtico en nuestro futuro, una confianza incomparable en las potencialidades del país y una imagen en el exterior que es claramente positiva. De ser percibidos en el mundo como un Estado fallido pasamos a convertirnos en una economía emergente, atractiva para la inversión y para el turismo. Formamos parte además, desde hace poco, de un selecto grupo de naciones –los Civets (Colombia, Indonesia, Vietnam, Egipto, Turquía, Sudáfrica)– percibidas en el planeta como economías con grandes expectativas de crecimiento para las próximas décadas, y adicionalmente hemos iniciado el proceso para ingresar a la OCDE, algo impensable hace tan solo unos años”³⁷⁴⁻³⁷⁵.

En cuanto al contexto nacional puede señalarse que se evidencia una pugna entre dos referentes: la generación por la unidad (Unidad nacional) y los enfrentamientos entre grupos de presión dominantes, dentro de los cuales Álvaro Uribe Vélez, se ha convertido en el principal opositor de las políticas del gobierno en especial las relacionadas con la negociación del conflicto con las FARC en los escenarios de la Habana, Cuba. La característica central en este marco es que si bien

³⁷⁴ *Ibíd.*

³⁷⁵ Un ejemplo de esta dinámica se encuentra en el documento Colombia: balance 2014 y perspectivas 2015, en el cual se establecen cuáles son las características del contexto colombiano en materia económica que le generan un grado de atractivo para ciertos mercados internacionales, en un contexto caracterizado por la crisis económica en ciertos países de Europa, en la baja de los precios del petróleo, y en problemas relacionados con estabilidad política en algunas regiones de Asia y Europa oriental. . Disponible en internet:: <http://www.andi.com.co/SitEco/Documents/Balance%202014%20y%20perspectivas%202015.pdf>

se definen políticas sociales, tales como víctimas, tierras, vivienda, primer empleo, también se desarrollan políticas que buscan restringir las anteriores, en especial la de sostenibilidad fiscal, desarrollada en este trabajo en el apartado sobre sostenibilidad financiera en salud.

Con relación al tema de salud en los dos periodos de Santos, puede tomarse como referencia su plataforma web de campaña³⁷⁶ para la reelección 2014–2018, en donde señala como mayores logros de su política:

“Recibimos un sistema en cuidados intensivos, con emergencia social. Apenas llegamos tomamos 3 medidas de urgencia:

Dimos liquidez a los hospitales para que no cierren (giro directo de \$15 billones).

Controlamos el precio de los medicamentos más caros del mundo. Así ahorramos \$500.000 millones anuales, que hoy se reinvierten en el sistema.

Intervinimos las irregularidades en el manejo de las EPS.

Después comenzamos la tarea de reformar el sistema a fondo:

Creamos el Ministerio de Salud para que se enfocara en el tema.

Unificamos el Plan Obligatorio de Salud (POS) para que no existieran pacientes de segunda categoría.

Incluimos 400 nuevos medicamentos en el POS subsidiado, por ejemplo el Trastuzamab, para pacientes con cáncer, que cuesta \$7 millones, y ahora está en el POS sin necesidad de tutelas.

Aumentamos la cobertura, desde 87% a 97% de la población. Hoy contamos con cobertura plena.

³⁷⁶ MÁS Y MEJOR SALUD. Plan de Desarrollo de Juan Manuel Santos Periodo 2010- 2014 : Descripción de la estrategia en tema de Salud en Colombia. Disponible en internet: <http://www.santospresidente.com/propuestas-0/plan-de-gobierno/m%C3%81s-y-mejorsalud#sthashG6huMYrd.dpuf>

Tenemos el plan de vacunación más amplio de América Latina (14 vacunas) que cubre al 92% de niños”³⁷⁷.

Según columna del diario El Espectador³⁷⁸, estas referencias benévolas de la política de salud de Santos, también deben ser contrastadas con sus aspectos no tan positivos. Por ejemplo si bien se resaltan como logros la ampliación de la cobertura que llega al 96% de la población en 2013, aumentos en infraestructura y dotación de hospitales, así como el aumento del gasto público en salud, también existen falencias como:

- La no definición de los mecanismos asociados a la descentralización del servicio para potenciar las capacidades de los entes territoriales en el manejo de distintos recursos del SGSSS en sus jurisdicciones.
- No existe reglamentación clara y definida sobre la forma de operación de las EPS, ni siquiera se clarifica cuál es su papel en los procesos de reforma adelantados.
- Enfrentamientos entre el ejecutivo y el judicial en función del NO POS y la judiciabilidad del derecho a la salud. Gómez y Parra advierten que las iniciativas gubernamentales pueden implicar la progresiva pérdida del valor jurídico de la tutela en función a las potenciales limitaciones que quieran ser impuestas para tratamientos específicos.
- La financiación del sistema no ha contemplado problemas como la cartera de la red pública y la privada.

Durante el primer periodo presidencial de Juan Manuel Santos, y con el fin lograr la sostenibilidad financiera del sector salud y dar cumplimiento a las órdenes

³⁷⁷Ibíd.

³⁷⁸GÓMEZ CUSNIR, Jorge y PARRA DUARTE, Sergio. Una mirada a las políticas de salud del Gobierno Santos. Perspectivas y análisis desde el sector académico y de salud. Bogotá, El Espectador edición digital, sección Política, 8 de Agosto de 2013. Disponible en internet: <http://www.elespectador.com/noticias/politica/una-mirada-politicas-de-salud-del-gobierno-santos-articulo-438478>. Consultado el 15 de mayo de 2015

de la Corte Constitucional, se presentaron al Congreso tres iniciativas: la primera fue la Ley 1438 en el 2011; posteriormente se presentaron dos nuevos proyectos en el año 2013, una Ley Ordinaria que fue rechazada en el Congreso (como respuesta el ejecutivo a través del Ministerio de Salud por vía de decretos reglamentó algunos de los aspectos contemplados en este proyecto y otros los incluyó en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018) y la Ley Estatutaria (sancionada en febrero de 2015 después de que fue modulada por la Corte Constitucional).

La Ley 1438 (2011) se promulgó con el objeto de fortalecer el SGSSS, a través de un modelo de prestación del servicio que integrara al Estado, la Sociedad y las Instituciones. Se plantea la estrategia de Atención Primaria en Salud y la prestación a través de redes integradas con el fin de que se mejorara la calidad en la prestación de los servicios dentro de un ambiente sano y saludable, incluyente y equitativo para toda la sociedad Colombiana. Esta iniciativa buscaba unificar el Plan de Beneficios, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación del servicio en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

En este período la cartera del Ministerio de salud y Protección Social ha sido ocupada por tres ministros: Mauricio Santamaría, Beatriz Londoño y Alejandro Gaviria. El Ministerio ha buscado dar respuesta a las órdenes emanadas de la Corte Constitucional en la Sentencia T-760/2008. La Superintendencia de Salud asumió nuevas funciones y se ha venido organizando más técnicamente; entre los temas de los que se ocupa en la actualidad está la intervención de varias EPS por irregularidades presentadas, como en el caso Saludcoop.

3. Ajustes normativos e institucionales y la afirmación de la salud como Derecho Fundamental (Sentencia T-760 de 2008)

En el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, posterior a su implementación, se han dado cambios normativos en aras de superar las diferentes crisis que lo han afectado o de ajustar operativamente el modelo de salud implementado. Las reformas que se han realizado han logrado conjurar temporalmente algunos de los problemas que se han presentado pero distan mucho de solucionarlos y de generar un verdadero impacto en el sistema.

Durante el gobierno de Gaviria se promulgó la Ley 100. En los periodos de Samper y Pastrana se puso en marcha la misma, viéndose afectada por el devenir político y económico del país. Parte de sus supuestos, inspirados en el modelo, mostraban un rezago frente a las expectativas del mismo como en el caso de cumplimiento en metas de cobertura, accesibilidad y homogenización de los planes de beneficios. La apuesta que se realizó en cuanto a la subsidiaridad del Régimen Contributivo vía solidaridad al Régimen Subsidiado no se dio, lo que trajo como consecuencia un desequilibrio en las finanzas del sector, aunado a un aumento en el uso de la tutela como medio de acceso a la prestación efectiva de los servicios de salud. Todo lo anterior llevó a que el ejecutivo presentara propuestas de reforma, muchas de ellas fallidas al Congreso, para buscar la solución de los problemas detectados.

Durante el primer gobierno del presidente Álvaro Uribe (2002-2006) se realizó un balance del SGSSS, encontrándose un aumento significativo de la cobertura en salud pero sin cumplir la meta establecida para el año 2000, del 100%; se detectaron problemas de inequidad por la diferencia en los componentes de los planes de beneficios entre los regímenes; en Salud Pública, se encontró una disminución de los indicadores sanitarios colectivos. La crisis financiera impactó

sobremanera a todos los hospitales públicos poniéndose en duda su viabilidad. Los ajustes normativos estuvieron enfocados al ajuste fiscal y a la modernización de las instituciones públicas dado el interés del gobierno de lograr que las instituciones de salud, pudieran auto-sostenerse, dentro del marco del SGSSS. Las principales normas fueron: Conpes 3175 de 2002, Conpes 3204 de 2002, Ley 715 de 2001, Ley 788 de 2002 y la Ley 812 de 2003.

En el segundo período de Uribe, se promulgó la Ley 1122 de 2007, se conoció la sentencia T-760/2008 y se declaró la Emergencia Social en 2009. Con la ley 1122 de 2007 se realizaron ajustes al SGSSS, dando prioridad al aseguramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Esta Ley creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES), que sustituyó al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; incorporó el concepto de manejo social del riesgo y planteó que se debía homogenizar progresivamente los planes de beneficios entre los regímenes y dio facultades a la Superintendencia Nacional de Salud como conciliador y órgano jurisdiccional, entre otros.

Con la sentencia T-760 d 2008 la Corte Constitucional al definir procesos y procedimientos buscaba superar ambigüedades en salud, asignar tiempos a los compromisos del Estado y afirmar y redefinir competencias para los actores del sistema. Adicionalmente, promover en el marco de la Ley, la realización de un rediseño institucional que sea coherente con el derecho a la salud. “La vigencia de la sentencia radica en que tanto doctrinariamente como frente a la evidencia empírica, reconoce los límites del mercado para hacer efectivos y no nominales los derechos”.³⁷⁹

³⁷⁹MALAGON OVIEDO, Rafael. La sentencia T-760 Op. Cit., p. 7

Luego de la sentencia T-760/2008 y de los pronunciamientos de órganos de control y vigilancia, que venían advirtiendo sobre los problemas que afectaban el SGSSS y los problemas de flujo de recursos, con la declaratoria del Estado de Emergencia Social en diciembre de 2009 el gobierno pretendió atacar la crisis que afectaba la viabilidad del sistema y el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. La motivación de la emergencia se basaba en la insuficiencia de recursos producto del crecimiento de la demanda de servicios no contenidos en el POS y a los inconvenientes derivados de la asignación, distribución y flujo de recursos por dificultades en las relaciones contractuales entre los distintos actores del sistema. Sin embargo la Corte Constitucional, después de 30 días de expedidos los decretos, consideró que esta medida extraordinaria no era viable dado que los problemas del sistema de salud eran estructurales, no sobrevinientes deberían ser resueltos por medio del debate legislativo, establecido para este tipo de asuntos.

El Gobierno de Santos busca opciones que solucionen la problemática de salud. En el 2011 se promulgó la Ley 1438, que buscaba superar las dificultades de sostenibilidad financiera mediante la reasignación de recursos; incorporó como estrategia la Atención Primaria en Salud para contrarrestar los malos indicadores en Salud Pública; liquidó la CRES pasando sus funciones al Ministerio de Salud y Protección Social; reorganizó la Superintendencia Nacional de Salud en sus funciones de inspección vigilancia y control. Posteriormente, ante la no solución de los problemas en salud a pesar de las medidas tomadas, el Gobierno ha continuado con los ajustes al SGSSS y presentó un proyecto de Ley Estatutaria donde se consagra la salud como un Derecho Fundamental (desde que comenzó el sistema, diversos sectores habían presionado por una Ley Estatutaria de Salud). En 2013, el gobierno tramitó los proyectos de ley No 209 (Ley Estatutaria) y 210 (Ley Ordinaria), el primero finalmente se convirtió en la Ley 1751 de 2015.

Se podría afirmar que la Sentencia T-760 de 2008, y la promulgación de la Ley Estatutaria de Salud en el 2015 (modulada por la Corte Constitucional), han logrado cambios significativos dentro del SGSSS con relación a la reafirmación del derecho fundamental a la salud. Así mismo, el ejecutivo y el legislativo han sacado adelante otras iniciativas de reforma en pro de subsanar los problemas coyunturales del sistema pero sin modificar el modelo de aseguramiento.

En esta parte del trabajo se identifican los ajustes normativos e institucionales que se han dado en la evolución del SGSSS en respuesta a las crisis que ha sufrido el sector y a la necesidad de cumplir con la garantía del derecho fundamental a la salud dentro del marco constitucional del ESD, en los distintos gobiernos. A continuación se realiza un análisis de las principales normas que se han generado durante la evolución del SGSSS.

d) Iniciativas de Reforma 2002 a 2006

De manera sucinta, las principales reformas emprendidas durante el primer gobierno del presidente Álvaro Uribe (2002–2006), estuvieron enfocadas al desarrollo de la prestación de servicios en salud, hacia el ajuste fiscal y la modernización de las instituciones públicas en un entorno de competencia, dado el interés del gobierno de generar dentro del sistema de salud, un entorno empresarial, técnico y financiero, enfocado en lograr que las instituciones de salud, pudieran auto-sostenerse, dentro del marco del SGSSS.

Así las cosas, algunos de los ejes de reforma estuvieron dados como política de Gobierno mediante:

- Conpes 3175 de 2002: autorizó a la Nación para contratar empréstitos externos con la banca multilateral hasta por US \$100 millones de dólares, con destino a la financiación parcial de la primera fase del Programa. Estableció además en la financiación la concurrencia de la Nación y las entidades territoriales bajo la modalidad de créditos condonables.
- Conpes 3204 de 2002: Estableció el marco general de la política de prestación de servicios para el SGSSS, dando prioridad al proceso de modernización de los hospitales públicos, en la asignación de recursos del presupuesto general de la Nación. Propuso alternativas de capitalización y esquemas de administración delegada de las instituciones. Autorizó incluir en el Plan Financiero del cuatrienio 2003-2006 y en el presupuesto de la Nación para los mismos años, recursos hasta por US\$250 millones para la financiación de la modernización de la red pública de prestación de servicios. Recomendó, gestionar ante el FMI el reajuste de la meta de déficit anual en 0.1% con el fin de destinar tales recursos a la financiación del programa³⁸⁰.
- Ley 715 de 2001, artículo 54: Dispuso que el servicio de salud en el ámbito territorial debería prestarse mediante la integración de redes para articular las instituciones prestadoras de servicios de salud, utilizar de manera adecuada la oferta, racionalizar el costo de las atenciones en beneficio de la población y optimizar la infraestructura que soporta la prestación. Adicionalmente, fijó que el Gobierno Nacional podría otorgar créditos condonables a las entidades territoriales para la integración de redes de prestación de servicios de salud, los cuales serían considerados como gastos de inversión del sector

³⁸⁰Para ampliación del tema ver: DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION (DNP). Banco de Programas y Proyectos de Inversión Nacional. Mejoramiento, Fortalecimiento Y Ajuste En La Gestión De Las Instituciones De La Red Pública Hospitalaria Del País. Disponible en internet: https://spi.dnp.gov.co/anexos/201006/201006-1016001650000-09-08-2010_11.10.47_a.m.-Resumen%20Ejecutivo%20-%201016001650000%20-%20red%20publica%20hospitalaria.pdf Consultado el: 16 de mayo de 2015.

- Ley 788 de 2002: En el artículo 115, se adicionó el artículo 420 del Estatuto Tributario: "d) Impuesto sobre las ventas en los juegos de suerte y azar. Constituye hecho generador del Impuesto sobre las ventas la circulación, venta u operación de juegos de suerte y azar con excepción de las loterías. (...). Es responsable del impuesto el operador del respectivo juego". Este tributo se adiciona al presupuesto de salud.
- Ley 812 de 2003, artículos 43 y 49: Reiteró que la Nación y las Entidades Territoriales concurrirán bajo la modalidad de créditos condonables, en el financiamiento del proceso de ajuste y reestructuración de las IPS públicas, mediante convenios de desempeño con las IPS que como mínimo garantizarán su sostenibilidad durante (10) años, mediante el equilibrio financiero, eficiencia en la prestación de los servicios y su articulación en red. Así mismo, autorizó a las Empresas Sociales del Estado, dada su condición de entidades públicas descentralizadas, que pudieran constituirse en Sociedades de Economía Mixta.

Hernández Álvarez³⁸¹ desde un enfoque sociopolítico, analiza los procesos y proyectos de reforma al SGSSS acaecidos entre 2002 y 2004, centrando su atención en torno al modelo de salud señalando que desde sus inicios no se ha transformado, pese a las reformas efectuadas: “tengo derecho si pago o si demuestro no tener con qué pagar”³⁸², y concluye que el núcleo central del SGSSS es generador de desigualdad social. Por ende, los proyectos de reforma dentro del juego institucional implican la transformación de los actores e incluso la entrada al mercado del aseguramiento de otros nuevos que compiten entre sí por recursos, más no implican cambios estructurales concretos que reduzcan la desigualdad generada a partir de la capacidad de pago, y regulen las relaciones entre los actores políticos y económicos del sistema.

³⁸¹HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. Propuestas de Reforma a la Ley 100 de 1993. Opciones Sociopolíticas en Debate. En: Revista Gerencia y Políticas de Salud. (9; 12), Bogotá, 2005, p. 180 - 190

³⁸²Ibíd. p. 183

Esto se detalla al analizar los procesos de reforma al SGSSS, en especial al marco de la Ley 100/93. Por ejemplo en 2003, se detallan tres propuestas diferentes de reforma en primer lugar el Proyecto 236 de 2003/Senado (iniciativa de la coalición de Gobierno), en segundo lugar el Proyecto 180 de 2003/Senado y en tercer lugar el Proyecto 241 de 2003/Senado (que nace como iniciativa del Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de la Protección Social).

En 2004³⁸³, diferentes actores con diferentes intereses en el sector salud presentaron 13 propuestas que no llegaron a materializarse. El gobierno, en cabeza de los Ministros Diego Palacio y Alberto Carrasquilla (Protección Social y Hacienda y Crédito Público respectivamente), presentó el Proyecto 052, que tenía por objeto modificar el SGSSS mediante normas orgánicas en torno a temas concernientes a competencias y recursos del sistema, las dinámicas de prestación del servicio, el aseguramiento, los problemas de información para mejorar los mecanismos de vigilancia y control, y adecuar los mecanismos de cobertura en función a criterios de discriminación positiva.³⁸⁴

³⁸³Se debe señalar no obstante que este proyecto así como los demás proyectos que entre 2004 y 2005 se presentaron en materia de salud en Colombia, tales como los proyectos 19, 31, 33, 38, 54, 57, 58, 98, 105, 115, 122, 148 y 151 de 2004 Senado, fueron archivados en su totalidad, ya fuera por vencimiento de términos para alguno de los respectivos debates o por retiro por parte de alguno de los respectivos autores.

³⁸⁴ El proyecto de reforma consistía en 8 ítems centrales, enfocados a tratar los problemas centrales identificados en la Ley 100 de 1993: Cobertura Universal, subsidios parciales para población Sisbén III que les permitiera completar el pago del POS y la cofinanciación del UPC.

Financiamiento: se constituían nuevas formas de distribución de los recursos en función de las fuentes de ingresos

1. Aseguramiento: se definen algunas obligaciones sobre el papel y características de las EPS
2. Prestación de servicios de salud:
 - Creación de manual de tarifas
 - Se obliga a las EPS para que permitan a sus afiliados la posibilidad de escoger la IPS de su predilección.
 - Limitaciones a la Integración vertical
 - El Estado deberá prestar servicios de salud a cargo de las ESE
 - Diseñar un sistema de información y monitoreo de la calidad en la prestación de los servicios a cargo de las EPS.
3. Salud Pública
4. Inspección vigilancia y control

Es de anotar que en el periodo 2003 y 2004, las diversas propuestas se centraron en el análisis financiero del sistema, pero no llevaron muy lejos el problema de la prestación de servicios de salud en condiciones de igualdad, es decir, no reformularon la diferenciación funcional del sistema materializado en dos regímenes distintos. El proyecto del Gobierno desarrollaba una propuesta para fortalecer aún más los mecanismos de aseguramiento contenidos en la Ley 100, lo cual se correlacionaba con la red de actores del sistema involucrados en el proceso de reforma. Por ende, la reforma era un proceso no sólo técnico, sino también político en tanto entraña la capacidad de influencia de los diversos actores y de las redes de poder existentes.

El hecho de la no materialización del proyecto 052 suscitó muchas reacciones. El ministro Diego Palacio, señaló que “Es muy lamentable que se hayan perdido 3 años de trabajo”, y anunció un Plan B para introducir reformas al sistema mediante medidas del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Los críticos señalaron, entre otras cosas, que con el mismo se profundizaba la inequidad, no se proponía un adecuado control a la integración vertical y en cuanto al financiamiento del sistema, el proyecto fortalecía el modelo de aseguramiento actual que se soporta sobre las teorías del mercado. ACEMI, el gremio de las EPS, mantuvo su posición de rechazo al 052, que siempre calificó como “un paso atrás que desconoce los avances del Sistema General de Seguridad Social en Salud”. Luego vendría la reelección del Presidente Uribe.

Para el 2006, se retomaron las iniciativas de reforma al sistema de salud, que abordaban no sólo los problemas de acceso al sistema, sino también los aspectos financieros. Es interesante anotar que para la fecha, varias de las proposiciones fueron presentadas por partidos políticos en coalición con el Gobierno, por ejemplo, el

5. Protecciones especiales: se establece la creación de un sistema de Seguridad Social en Salud para las comunidades indígenas

partido de la U, presentó 5 de las 12 propuestas³⁸⁵, y en cada uno de los proyectos de Ley se fundamentaba en un cambio o rediseño del modelo de salud y en torno a diversas temáticas del mismo o a intereses del propio partido político.

Si se toma en cuenta que el Gobierno Nacional fue como tal un actor, puede señalarse, desde la perspectiva de sus intereses, que los componentes de reforma propuestos estuvieron dados con el fin de ejercer un mayor grado de control sobre las entidades del sector, y propendió entre otras cosas a:

- Consolidar la figura de defensor del Usuario, orientada a la defensa de las anomalías y abusos cometida en contra del usuario, conforme a la regulación normativa del sector.
- Fortalecer el Sistema de Inspección Vigilancia y Control, mediante el otorgamiento de tres facultades adicionales relacionadas con los procedimientos aplicables a las investigaciones administrativas sancionatorias; adopción de sistemas orales y/o abreviados de procesamiento y juzgamiento; y sistemas de medidas cautelares.
- Diseñar e introducir mecanismos de autorregulación y solución alternativa de conflictos en el SGSSS.
- Establecer los mecanismos de nombramiento, calificación y evaluación de los Gerentes de las ESE.
- Delimitar procedimientos en materia de manejo de recursos de salud pública, en función de la certificación, tomando en cuenta un conjunto de indicadores y resultados establecidos por el Ministerio.

Dentro de este marco, debe mencionarse el Decreto 1011 de 2006, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, (REPS), de obligatorio cumplimiento

³⁸⁵PAREDES MUÑOZ, Carlos Felipe. Los proyectos de reforma a la seguridad social, Consultorsalud. Octubre, 2006, p. 3-5.

para todos los prestadores de servicios de salud - IPS o prestadores profesionales de carácter independiente- y cuya finalidad fue enmarcar políticas de calidad dentro del sistema.

En materia de los problemas identificados en el sistema de salud en sí mismo, las reformas propuestas por el Gobierno apuntaron a generar mecanismos institucionales de acceso, como por ejemplo el reaseguro de enfermedades de Alto Costo, y la autorización a las EPS para realizar tratamientos pertinentes, correspondiente a dichas enfermedades; reestructuró el denominado Plan de Atención Básica PAB, cuya elaboración estaría a cargo de Ministerio y sería complementario al POS; sin embargo, no se observaron contenidos relacionados con la red hospitalaria y la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

e) Ley 1122 del 2007. Ajuste Institucional.

El objeto de la Ley 1122 de 2007 era realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, dando prioridad al mejoramiento de la prestación de los servicios a los usuarios. Con esta Ley se creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que sustituyó al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud e incorporó la noción de Aseguramiento en Salud y entre otros, dio facultades a la Superintendencia Nacional de Salud como conciliador y como órgano jurisdiccional.

La creación de la CRES buscó reformar aspectos de la gobernabilidad del sistema que no se encontraban claros dentro de las funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) que con su multiplicidad de roles, actuaba como regulador, como organismo de concertación y como administrador del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Con este cambio la CRES se concentraría en la regulación, mientras que el Consejo se dedicaría a la concertación con funciones de consultor de la comisión y del Ministerio de Protección Social. La Administración del

FOSYGA se trasladó al Ministerio. Una comisión de regulación debe ser una entidad que establece reglas de juego para promover la competencia, evitar abusos de posición dominante y producir servicios eficientes y de calidad:

“en estricto sentido no se trata de una comisión de relación sino de una entidad con mayor independencia y capacidad técnica que el CNSSS, que contará con comisionados de dedicación exclusiva, recursos para garantizar su operación y autonomía para definir y contratar los estudios necesarios para una toma de decisiones informada, orientada a mejorar el sistema”.³⁸⁶

La Ley 1122 define el Aseguramiento en Salud, como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores. Acorde con lo planteado, el Asegurador debe asumir el riesgo transferido por el usuario y cumplir con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud (POS-C y S). En este mismo sentido, la Ley en sus artículos 9,14, 18 y 22 plantea una nueva meta de cobertura: el 100% de la población de los niveles 1, 2 y 3 del SISBEN debe estar afiliado al Régimen Subsidiado dentro de los tres años siguientes a la promulgación de la ley. Todo como fruto de la voluntad política del momento y de la dinámica económica que permitió hacer aportes a la cuenta de solidaridad del FOSYGA.

Para enfrentar las iniquidades en el acceso y la calidad de servicios, la Ley, en el artículo 14, puntualiza que los contenidos del POS subsidiado progresivamente deben acercarse a lo previsto para el Régimen Contributivo, y propone el diseño de estrategias de incentivos para que la población del nivel III haga aportes

³⁸⁶REVISTA GERENCIA Y POLITICAS DE SALUD (Ed). La Ley 1122 de 2007 ¿Qué podemos esperar de ella? Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. V 6, enero-junio de 2007. p.8.

complementarios para su afiliación al Régimen Contributivo o a los beneficios plenos del Régimen Subsidiado y se eliminan las barreras financieras en el acceso a los servicios para los más pobres y vulnerables, derivadas del pago de copagos y cuotas moderadoras. A los Aseguradores se les conmina a garantizar la articulación de los servicios para permitir el acceso efectivo y la atención oportuna a los usuarios “con la celeridad y frecuencia que requiera la complejidad de las patologías”³⁸⁷. De otra parte, reafirma que todas las IPS están en la obligación de prestar la atención inicial de urgencias a toda la población, sin distingo alguno.

En el artículo 38 de la ley, frente a la función de inspección, vigilancia y control, le otorga a la Superintendencia Nacional de Salud, facultades de conciliador a petición de parte o de oficio, en las dificultades que surjan entre sus vigilados – principalmente IPS e EPS- o entre éstos y los usuarios por conflictos que les impida atender sus obligaciones dentro del SGSSS y que afecten el acceso real de los usuarios a los servicios a los que tienen derecho.

En el artículo 41, adicionalmente se define que la Superintendencia podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con facultades propias de un juez en los siguientes casos: por la cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del POS, cuando la negativa por parte de las EPS u otras entidades que se asimilen a ellas pongan en riesgo o amenacen la salud del usuario; por el reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido un afiliado en el caso de un servicio de urgencia cuando es atendido por una IPS-S sin contrato con la EPS del afiliado, pero autorizado por ésta para una atención específica; en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de parte de la EPS para cubrir las obligaciones para con los usuarios; en los conflictos que surjan por la multifiliación dentro del sistema de salud y en los conflictos entre los

³⁸⁷Ibíd. p. 7

usuarios y las IPS relativos a la libre escogencia, así como los conflictos por la movilidad dentro del sistema. En este mismo sentido, la Ley crea la figura del defensor del usuario.

Otros aspectos no menos importantes de la Ley fue la definición de un límite para la integración vertical entre las EPS e IPS, fijada en un máximo del 30% y algunos aspectos relacionados con las entidades públicas, ahora Empresas Sociales del Estado (ESE), las cuales homologan el periodo de los Gerentes al de los mandatarios locales, buscando minimizar los conflictos políticos y la posibilidad de fusionarse entre ellas de acuerdo con criterios de índole económico, social, administrativo y jurídico.

En relación con lo planteado en esta normativa, los estudiosos señalaron que aunque no se resolvían los problemas estructurales del sistema, los aspectos de la Ley anteriormente señalados generarían un avance en el SGSSS, siempre y cuando, en la práctica se estableciera la reglamentación requerida por parte del Gobierno.

Autores como Jairo Humberto Restrepo³⁸⁸ presentan posturas críticas frente a la promulgación de esta Ley, en torno a si significó o se tradujo en mejoras cualitativas del sistema que redundaran en su fortalecimiento. Para este autor lo central en el debate de la Ley en mención es su carácter político, por poner sobre la mesa la discusión sobre el rol del Estado y de los particulares en torno a la provisión del seguro y prestación de servicios de salud. En torno a la Ley 100, las dinámicas de reforma se han generado más por problemas que surgen en el Régimen Subsidiado que en Régimen Contributivo, en especial en materia de sus relaciones con las

³⁸⁸RESTREPO, Jairo Humberto. ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? En: ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2007; 25(1), Medellín: p. 82-89

administradoras y contratación de servicios entre éstas y los hospitales públicos, que se adujo, era la causa de los problemas de sostenibilidad de estos últimos.

Así las cosas, lo primero que llama la atención es que para Restrepo, no es clara la orientación de la norma, ya que en el cuerpo documental se alude no a un solo objeto sino a tres: reformar, modificar y ajustar, los cuales tienen distintos alcances y diferentes procesos. Para Restrepo, esto no es solo consecuencia del escaso debate técnico y jurídico que antecedió a la Ley, sino que también influyó el contexto político que buscaba adecuar la estructura del sistema a los intereses particulares, y no resolver los problemas estructurales del mismo. Sin embargo, la postura de Restrepo se orienta a argumentar que pese a los problemas inherentes al proceso de reforma, la Ley introduce cambios sobre algunos aspectos del sistema que tal vez, a partir de su reglamentación, provoquen mejoras en él³⁸⁹.

Dentro de los cuatro tipos de cambios que presenta el sistema: Institucionales, de financiamiento, de aseguramiento y de acceso, la fórmula central de la Ley es establecer dentro de un marco de referencia economicista un contexto legal eficiente, entendido como tal, que permita el ejercicio de la libre empresa:

“La Ley goza así de dos miradas: primera, la Ley como una norma, una serie de prescripciones acerca de la sociedad y de quienes habitan en ella, y segunda, la Ley como el resultado de un proceso de negociación que puede pasar por un análisis acerca del grado de eficiencia o ineficiencia que pueda generar. La lectura de la Ley 1122 deja entrever que en ella predomina la negociación entre grupos o gremios y sectores de opinión, buscando tomar ventajas de tipo político o económico, mientras el rigor técnico y jurídico y el carácter mismo de la Ley como ordenación racional quedan supeditados a tales acuerdos, que se mantendrán en la fase de reglamentación e implementación, pues no se tomaron mayores

³⁸⁹Ibíd., p. 84

decisiones de fondo ni se precisaron los cambios sobre la legislación vigente”³⁹⁰.

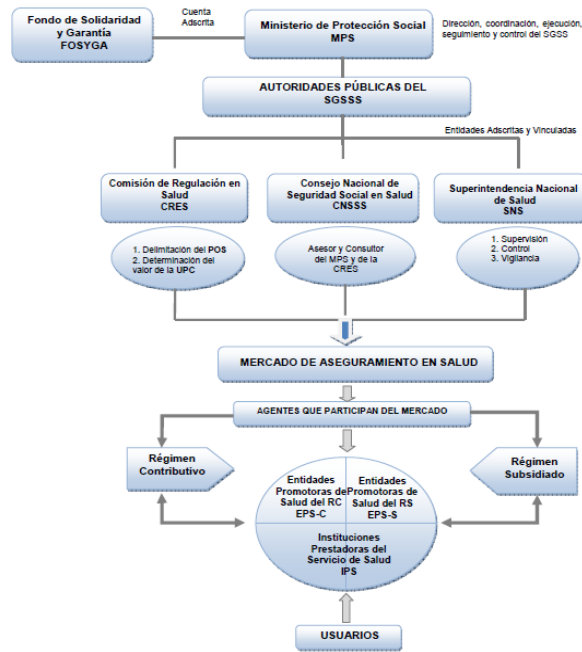
En conclusión, para Restrepo, aunque no se producen reformas estructurales del sistema, la Ley 1122 de 2007, sí establece un marco de referencia que puede conducir a cambios positivos en el sistema por cuanto solventa los vacíos legales y regulatorios del SGSSS, tales como la creación de la CRES, el fortalecimiento de la Supersalud, la implementación de la figura del defensor del usuario. Para él, la posición del Gobierno es útil en tanto permite una mejor administración de los recursos de promoción y prevención del Régimen Subsidiado a partir de la gestión de las ARS, y no de los entes territoriales, pero con la obligatoriedad de contratar con los Hospitales Públicos, lo que implica, un mejor manejo de las competencias de cada actor involucrado en el sistema.

Acorde con la Ley 1122, el SGSSS está en cabeza del Ministerio de Protección Social de acuerdo con el artículo 170 de la Ley 100, esto para su “orientación, regulación, supervisión, vigilancia y control”. Sus principales objetivos son la “formulación, adopción y dirección de planes, programas y políticas en materia de salud, así como la coordinación, ejecución, control y seguimiento de las mismas y del Sistema”. Para lograr sus fines tiene adscritas una cuenta llamada Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), y entidades públicas como la Comisión de Regulación en Salud (CRES), el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), que con sus competencias y con el cumplimiento de funciones específicas apoyan la consecución de las políticas públicas del Sistema (regulan, supervisan, controlan y vigilan a los agentes que participan en el mercado de aseguramiento en salud). También tenía unas instituciones vinculadas, como el ISS, Caprecom y ETESA, y otras adscritas, como el

³⁹⁰Ibíd., p. 87

Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, el SENA, el ICBF y el Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), entre otros³⁹¹.

Gráfico 5. Estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud³⁹²



Fuente: Superintendencia de Industria y Comercio, con base en información del expediente 09-021413.

³⁹¹SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO. Informe motivado, Op. Cit., p. 22, citado en Investigación Superindustria y Comercio.pdf, documentos de trabajo del Senador Jorge Robledo para debate sobre corrupción en la salud, 2011.

³⁹²“Nota aclaratoria: ‘Parágrafo. Derogado por el art. 145, Ley 1438 de 2011. Se le dará al actual Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud un carácter de asesor y consultor del Ministerio de la Protección Social y de la Comisión de Regulación en Salud. El Ministerio de la Protección Social reglamentará las funciones de asesoría y consultoría del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud’”: CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 1122 de 2007, Disponible en internet: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>, Consultado en diciembre de 2011. Luego en la Administración Santos, la CRES se liquida y sus funciones pasan a Ministerio De Salud Y Protección Social.

f) Sentencia T-760 del 2008. Hito sobre el Derecho Fundamental a la Salud. El papel de la Corte Constitucional

La sentencia T-760/2008 se considera una pieza jurídica importante dado que condensa la jurisprudencia desarrollada en el país en torno al derecho fundamental a la salud. Como jurisprudencia se inscribe en el marco de una doctrina filosófica y moral que sostiene la necesidad de promover la inclusión social a través de la defensa efectiva de los derechos y la participación social ante las limitaciones que presenta la racionalidad económica del mercado en este sector. La sentencia como tal, busca superar ambigüedades al definir procesos y procedimientos, asignar tiempos a los compromisos del Estado y afirmar y redefinir competencias para los actores del sistema. Adicionalmente, promueve, en el marco de la Ley, la realización de un rediseño institucional que sea coherente con el derecho a la salud. “La vigencia de la sentencia radica en que tanto doctrinariamente como frente a la evidencia empírica, reconoce los límites del mercado para hacer efectivos y no nominales los derechos”.³⁹³

Con esta jurisprudencia, la sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional resolvió veintidós acciones de tutela, en las que se solicitaba proteger el derecho a la salud. En su mayoría las acciones fueron interpuestas por ciudadanos debido a la negación de servicios por parte de las EPS; uno de los casos fue presentado por una EPS que requería ajuste en la regulación de recobros al Fosyga. Esta sentencia resuelve 13 problemas jurídicos, en la mayoría de casos concretos a partir de la evidencia empírica, como también se pronuncia sobre fallas en la regulación y en la vigilancia del sistema de salud, frente a los cuales dio órdenes perentorias a diferentes entidades del Estado y un cronograma para su cumplimiento.

³⁹³MALAGON OVIEDO, Rafael. La sentencia T-760 Op. Cit., p. 7

La sentencia buscó generar un conjunto de ordenamientos procedimentales en algunos aspectos de la normatividad del SGSSS y enfatiza en los principios que deben primar para superar las fallas de regulación del sistema en el marco de la Constitución, de la Ley 100 de 1993 y de la Ley 1122 del 2007. Su alcance rebasó los límites de sentencias anteriores porque aborda “de fondo” y en múltiples niveles los inconvenientes de acceso a los servicios de salud en el país.

La importancia de esta jurisprudencia radica en el hecho de reafirmar la forma de Estado Social de Derecho en el sector de la salud y la promulgación del derecho a la salud como un bien que al mismo tiempo se reconoce como un derecho fundamental y autónomo...

”son fundamentales (i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo, la corte señaló en la sentencia T-859 de 2003 que el derecho a la salud es un derecho fundamental de manera ‘autónoma’, cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de éstas se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen derecho.”³⁹⁴

...debe ser medible y limitado de acuerdo con un juicio moral que busca determinar sus límites, según las normas vigentes y los principios de “razonabilidad”; adiciona que dentro del derecho a la salud se debe incluir el derecho a acceder a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad y plantea que este derecho es tutelable en diversas circunstancias, resaltando las siguientes: cuando los servicios se *requieren* acorde con el concepto del médico tratante y en especial si se trata de niños; cuando el acceso al servicio es obstaculizado mediante la

³⁹⁴SUELT COCK, Vanessa y COTE BARCO, Gustavo. Análisis constitucional y legal del estado de emergencia social y los decretos que reforman el sistema de salud. en Revista Gerencia y Políticas de Salud. Universidad Javeriana. Sup. 9 (18), enero-junio de 2010 p.23.

existencia previa del pago de sumas de dinero, cuando se carece de capacidad económica; cuando el servicio que se requiere es un examen o prueba diagnóstica, esté o no contemplado en el Plan Obligatorio de Salud; cuando la persona incumplió el pago de las cotizaciones a la salud, y la EPS se allanó a la mora; cuando el servicio se requiere para enfrentar enfermedades catastróficas y de alto costo; cuando el servicio de salud es interrumpido súbitamente; cuando la EPS no brinda la información, acompañamiento y seguimiento necesario para poder asegurar a la persona el acceso a un servicio de salud que requiere, cuando se obstaculiza el acceso al servicio al trasladarle al usuario cargas administrativas y burocráticas que le corresponde asumir a las EPS, cuando el servicio solicitado hace parte integral de un tratamiento que se está recibiendo o que se tiene derecho a recibir, cuando se obstaculiza a la persona la libertad de elegir la entidad a la cual se puede afiliarse.

Promulga que los órganos de regulación y vigilancia del sistema deben adoptar medidas para proteger el derecho a la salud. En este punto, evidenció fallas de regulación en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en la Comisión de Regulación de la Salud y en el Ministerio de Protección Social; y omisiones por parte de los entes de vigilancia del sistema, es decir, la Superintendencia de Salud.

Sobre lo anterior, la Corte, como producto de la revisión de las tutelas a la luz del bloque de constitucionalidad, procedió a impartir entre otras las siguientes órdenes a los actores del sistema de salud en Colombia³⁹⁵:

Orden 17: Actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud (POS).

Orden 18: Actualización de los Planes Obligatorios de Salud por lo menos una vez al año.

Orden 19: Garantizar que todas las EPS entreguen un informe trimestral sobre negación de servicios y sus causas.

³⁹⁵ALVIS GUZMAN, Nelson, y OROZCO, Julio. La protección del derecho a la salud en Colombia y la sentencia T-760 de 2008. En Cuadernos del Doctorado. La Sentencia T-760: Alcances y Limitaciones No 11, Universidad Nacional de Colombia, marzo 2010. p.100-101.

Orden 20: Identificar las EPS y las IPS que con mayor frecuencia se niegan a autorizar servicios de salud incluidos en el POS.

Orden 21: Unificar los planes de beneficios para los niños y las niñas del Régimen Contributivo y del Subsidiado.

Orden 22: Adoptar un programa y un cronograma para la unificación gradual y sostenible de los Planes de Beneficios del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado.

Orden 23: Regular el trámite interno que debe adelantar el médico tratante para que la EPS autorice servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), sea del contributivo o del subsidiado.

Orden 24: Adoptar medidas para garantizar que el recobro por parte de las EPS ante el FOSYGA, así como ante las entidades territoriales, sea ágil y asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos al sistema de salud para financiar los servicios de salud.

Orden 25: Ordenar al administrador fiduciario del FOSYGA que, cuando se trate de servicios de salud cuya práctica se autorizó en función de una acción de tutela, la EPS podrá iniciar el proceso de recobro una vez la orden se encuentre en firme.

Orden 26: Diseñar un plan de contingencia para adelantar el trámite de las solicitudes de recobro que están atrasadas y agilizar los pagos de las solicitudes de recobro en las que se verificó el cumplimiento de los requisitos de las resoluciones vigentes, pero que aún no han sido pagadas, de acuerdo con lo señalado en esta providencia.

Orden 27: Tomar medidas para que el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro funcione de manera eficiente y que el FOSYGA desembolse prontamente los dineros concernientes a las solicitudes de recobro.

Orden 28: Adoptar las medidas para asegurar que al momento de afiliarse a una EPS, contributiva o subsidiada, le entreguen a toda persona en términos sencillos y accesibles una carta con los derechos del paciente y una carta de desempeño de las EPS.

Orden 29: Adoptar las medidas necesarias para asegurar la cobertura universal sostenible del SGSSS, en la fecha fijada por la Ley-antes de enero de 2010-.

Orden 30: Ordenar al Ministerio de la Protección Social presentar anualmente un informe a la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo, en el que mida el número de acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos mencionados en esta sentencia.

Lo relevante en cuanto a lo anterior es que esta sentencia hace un reconocimiento taxativo del derecho a la salud como un derecho fundamental *per se*, que no requiere apoyarse en otros derechos fundamentales sino que por todos sus elementos se erige como uno que debe ser tutelado en el Estado Social de Derecho. “Es relevante para el caso que se trate de una sentencia de revisión de Tutela (T) de una sala de la corte y no una Sentencia de Unificación (SU)³⁹⁶ de la plenaria que, como sabemos, son las que pueden impartir órdenes aún a entidades que no forman parte de la tutela y surtir efecto *erga omnes*”³⁹⁷

Posterior a la sentencia y a sus órdenes, el Ministerio de Salud evaluó de forma preliminar que para cumplir con lo estipulado en la jurisprudencia se requerirían alrededor de siete billones de pesos, recursos inexistentes en ese momento. Por lo anterior es necesario reafirmar que para garantizar efectivamente el Derecho a la Salud se debe contar con un sistema de salud financieramente sostenible, sin corrupción y rigurosamente controlado por el Estado y la sociedad.

La jurisprudencia ratificó la necesidad de avanzar en los principios de universalidad y equidad en el aseguramiento plasmados en la Ley 100, sin embargo, también busca concientizar sobre los límites que obligan a responder por la “sostenibilidad del sistema”, asegurando los márgenes de ganancia de los aseguradores y advirtiendo que el Estado debe contemplar la salud como un gasto prioritario acorde con los recursos disponibles.

³⁹⁶ CORTE CONSTITUCIONAL. SENTENCIA. T-760 de 2008. M.P. MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA. Expediente T-1281247 Y ACUM.2008: Bogotá D.C.

³⁹⁷ *Ibíd.*, p.103

Sin embargo algunos seguidores de la sentencia manifiestan que a pesar del reconocimiento del carácter fundamental del derecho a la salud, éste sigue estando restringido y limitado normativamente; supeditado a las condiciones de disponibilidad presupuestal, al juego de los agentes políticos y de mercado; así como a la existencia de formas contractuales, eventualmente suplidas por el Estado por intermedio del esquema de los subsidios a la demanda. Esta jurisprudencia pretende que en el marco de una institucionalidad instrumental se pueda garantizar el Derecho a la Salud para todos los individuos de la sociedad cuando realmente lo que se termina haciendo es preservando el modelo actual de seguridad social “el Estado interviene y resuelve las fallas de mercado”³⁹⁸

La Corte Constitucional con esta sentencia marco un rumbo en la consolidación del derecho fundamental a la salud, que trasciende hasta el presente y que influye en estructura de la Ley Estatutaria de Salud de 2015.

g) Emergencia Social en Salud 2009. Iniciativa frustrada

En nuestro país el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica es uno de los estados de excepción que junto con el Estado de Guerra Exterior y el Estado de Conmoción Interior, habilitan al presidente para declarar la emergencia por un periodo de treinta días, siempre que se presenten hechos que constituyan grave calamidad pública o que perturben en forma seria e inminente el orden económico y social del país. En una de estas situaciones, de acuerdo al artículo 215 de la Constitución Nacional³⁹⁹, reglamentado con la Ley 137 de 1994, se pueden dictar

³⁹⁸MALAGON OVIEDO, Rafael. La sentencia T-760 Op. Cit., p. 26

³⁹⁹Cuando sobrevengan hechos...que perturben o amenacen perturbar en forma grave e inminente el orden económico, social y ecológico del país, o que constituyan grave calamidad pública, podrá el Presidente, con la firma de todos los ministros, declarar el Estado de Emergencia por periodos hasta de treinta días...mediante tal declaración, que deberá ser motivada, podrá el Presidente, dictar decretos con fuerza de Ley, destinados exclusivamente a conjurar la crisis y a impedir la extensión de sus efectos. Estos decretos deberán referirse a materias que tengan relación directa y específica con el

Decretos con fuerza de Ley y de aplicación inmediata, que en ocasiones pueden llegar a derogar normas vigentes, siempre y cuando cumplan con tres condiciones: primera, estar destinados únicamente a conjurar los hechos que motivan la declaratoria de Emergencia Social; segunda, justificar la insuficiencia e ineptitud de los instrumentos legales vigentes para resolver la situación y tercero, justificar que no era posible prever las causas que dieron origen a esa declaratoria.

En salud, el gobierno recurrió a varias razones para justificar la Declaratoria de la Emergencia Social del 2009. Los informes de la Defensoría del Pueblo en 2006, de la Procuraduría General de la Nación en mayo del 2008 y de la Contraloría en 2009 documentaban la gravedad de la situación del país en Salud y Seguridad Social; de la misma manera, ya la Corte Constitucional había expedido la sentencia T-760 de 2008 ordenando correctivos que salvaguardara el derecho a la atención en salud, hasta donde el modelo establecido en la Ley 100 lo permitía.

La intención expresada por el Presidente de la República se materializó con el Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009 que declaraba el Estado de Emergencia Social con el fin de “conjurar la grave crisis que afecta la viabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) la cual amenaza de manera inminente entre otro aspecto, la continuidad en la prestación del servicio público esencial de salud, así como el goce efectivo del derecho fundamental a la salud”. Con esto se buscaba superar la crisis financiera del sector que *ponía en riesgo la salud para todos los colombianos*. Así mismo, la motivación del decreto obedecía a la insuficiencia de recursos resultantes del crecimiento de la demanda de servicios no contenidos en el POS ni planteados en la Ley 100 de 1993 y a los inconvenientes derivados de la asignación, distribución y flujo de recursos por dificultades en las relaciones

Estado de Emergencia y podrán, en forma transitoria, establecer nuevos tributos o modificar los existentes. En estos últimos casos, las medidas dejarán de regir al término de la siguiente vigencia fiscal, salvo que el Congreso les otorgue carácter permanente...(Art. 215, Constitución Política de Colombia, 1991)

contractuales entre los distintos actores del sistema a saber: los entes territoriales, las aseguradoras y los prestadores. Se justificó la medida en la existencia de una grave amenaza sobre la sostenibilidad financiera del sistema en el corto plazo, resultado del comportamiento irracional de usuarios, profesionales de la salud, prestadores de servicios, jueces y entes territoriales. En el decreto de la Declaratoria, el Gobierno en sus considerandos admite algunos de los problemas que se presentaban en el SGSSS⁴⁰⁰:

- La incentivación de la demanda por fuera de los paquetes.
- El aumento de los recobros.
- Los sobrecostos detectados en los recobros al Fondo de Solidaridad y Garantías
- El déficit de recursos de los departamentos debido al pago de servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (servicios NO POS)
- La insuficiencia de los procedimientos y mecanismos establecidos en la Ley para la distribución y giro de recursos
- El agravamiento de las limitaciones propias del proceso para el giro.
- El aumento de la cartera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) por incumplimiento de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).
- La territorialidad del aseguramiento en el Régimen Subsidiado, considerada como una barrera de acceso.
- La insuficiencia de los trámites y procedimientos legales previstos para el reconocimiento de algunos de los recursos disponibles.
- La incapacidad del Sector Salud para enfrentar los hechos mencionados.
- La insuficiencia de los ingresos del Sistema para atender el aumento en los gastos generados por la demanda de servicios y de medicamentos.

⁴⁰⁰GOMEZ ARIAS, Rubén Darío. La emergencia social en salud en Colombia: Lecciones aprendidas. en Cuadernos del Doctorado No. 13. Voces críticas desde la academia sobre la emergencia social en salud. Universidad Nacional de Colombia 2010. p. 189-191.

- Insostenibilidad del FOSYGA por el aumento en la demanda NO POS.
- El riesgo de cierre y quiebra de Hospitales Públicos y parálisis de los servicios de salud.
- El riesgo en la continuidad de la universalización del aseguramiento.
- 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 las facultades ordinarias
- La necesidad urgente de adoptar medidas legales extraordinarias.

Los trece Decretos promulgados entre diciembre 23 de 2009 y enero 21 de 2010 fueron un intento por profundizar el modelo de la reforma al sistema de salud iniciada con la Ley 100 y afianzada con la Ley 1122 de 2007⁴⁰¹. Estos decretos bajo

⁴⁰¹A continuación se enuncian los Decretos derivados de la Emergencia Social en Salud y que no tuvieron en cuenta al legislativo:

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, busca liberar recursos que permitan financiar la atención a la población pobre que no está asegurada y para solventar los eventos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, POS, del régimen subsidiado; Decreto 074 de 2010, por medio del cual se introducen modificaciones al régimen del Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -FONSAT- y se dictan otras disposiciones; Decreto 075 de 2010, por medio del 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, en desarrollo del Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009; 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 SGSSS 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

el amparo del Estado de Emergencia Social podían ser derogados, modificados o adicionados por el Congreso de la República durante el año siguiente a la Declaratoria de la Emergencia (inciso 4to del artículo 215 y C-256 de 1997). El control político en manos del Congreso se podía realizar cuando se considerara que las medidas adoptadas para enfrentar la crisis fueran “insuficientes, excesivas o innecesarias”.⁴⁰²

Los Decretos permitían disponer de recursos suficientes y permanentes a la salud a través de varias medidas, siendo la más importante la del aumento al impuesto de productos como licores, cigarrillos y juegos de azar. Con esta medida el Gobierno Uribe pretendía recaudar 1.2 billones en un periodo de dos años. Así mismo el Gobierno nacional permitió descongelar 1.4 billones de pesos que fueron girados del presupuesto nacional, aunque con algunos problemas jurídicos debido a que un porcentaje de este dinero correspondía a la liquidación de contratos destinados a atender a la población afiliada al Régimen Subsidiado y otro porcentaje provenía de los premios de loterías que nunca fueron reclamados. Estos dineros estarían destinados a cubrir déficit en centros de salud, hospitales y clínicas en el ámbito nacional.

Posterior a la Declaratoria de Emergencia, se puso en tela de juicio hasta dónde el gobierno podía considerar que la situación de salud ameritaba una decisión tan drástica. La motivación aducida para promulgar el Estado de emergencia por parte del gobierno no fue suficientemente justificada, dado que no se indicó cual era el hecho sobreviniente y extraordinario que daba lugar a dicha declaratoria; por el contrario, la motivación de la misma se centró en que la viabilidad del SGSSS estaba en riesgo. La anterior era una causa de carácter estructural y no de carácter

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.

⁴⁰²SUELT COCK, Vanessa y COTE BARCO, Op. Cit., p.19.

extraordinario como quería aducir el gobierno. La Corte en Sentencia C-135 de 2009 sostuvo que los hechos que pueden dar lugar a una declaratoria de emergencia deben ser:

“sobrevinientes, es decir, que tengan carácter anormal y excepcional (...) [éstos] no pueden ser de cualquier naturaleza, sino extraordinarios como lo establece el artículo 2 de la Ley Estatutaria de Estados de Excepción al referirse a ‘circunstancias extraordinarias’, que no pueden ser atendidas mediante los poderes comunes del Estado”.

Este juicio, indica la Corte, es objetivo y se dirige a “verificar si los hechos aparecieron de manera súbita o inopinada, apartándose del ordinario acontecer o si, por el contrario, son crónicos o estructurales, evento en el cual deslegitiman la apelación al estado de excepción.⁴⁰³

La Corte aclaró que la invocación de un problema estructural no justifica el Estado de Emergencia, “sin que ello quiera decir en modo alguno que este tipo de asuntos deban quedar huérfanos de consideración por parte de las autoridades, como eran en este caso los problemas financieros del SGSSS”. Así mismo, la Corte señaló que la situación de salud requería medidas de índole ordinaria o común para contrarrestar los problemas que se venían presentando en el sistema, el cual era crónico y estructural, tal como la Corte en la sentencia T-760 de 2008 lo había planteado.

De los Decretos promulgados, el 128 y el 131 de 2010 contienen algunas disposiciones que afectan el contenido normativo de la Constitución Política, así como sus principios y valores fundantes. En cuanto a la Garantía del Derecho a la Salud, los decretos referidos agravan y limitan el derecho a la prestación del servicio de salud, establecen barreras que impiden su ejercicio y con ello restringen el goce

⁴⁰³Ibíd. p.20.

efectivo del derecho constitucional, subvirtiendo el principio del Estado Social de Derecho. Según la Corte Constitucional, y en los términos del bloque de constitucionalidad, el Derecho a la Salud en un Estado Social de Derecho “debe comprender el derecho al nivel más alto de salud posible, el cual se alcanza de manera progresiva” y “todas las autoridades competentes deben colaborar y dirigir sus actividades para tal fin”.⁴⁰⁴

El Decreto 128 afecta el núcleo esencial del derecho a la salud por cuanto establece el concepto de prestaciones excepcionales de salud como aquellas que no están incluidas en el POS del Régimen Contributivo y determina como requisito de validez y eficacia de las mismas que éstas sean ordenadas por un Comité Técnico de Prestaciones Excepcionales de Salud (art.4to). Lo anterior afecta la prestación del servicio porque somete la atención de dichas prestaciones a un nivel superior al médico tratante, ocasionado falta de oportunidad, barreras al acceso de los servicios y en muchos casos negación de los mismos. Del mismo modo, se afecta la satisfacción por parte de los usuarios, cuando se establece que el Fondo de Prestaciones Excepcionales de Salud cofinanciará el pago de las prestaciones excepcionales de salud hasta que se agote la disponibilidad presupuestal anual.

La Corte Constitucional ha reiterado que el acceso a un servicio de salud que se requiera, contemplado en los planes obligatorios, es derecho fundamental autónomo, por consiguiente, una negación de servicios de salud que estén contenidos en el POS es una violación del derecho fundamental a la salud y por lo tanto es una prestación claramente exigible y justificable mediante acción de tutela.

En cuanto a la participación democrática con la Declaratoria de la Emergencia Social, el gobierno omite el proceso ordinario de la tramitación de las leyes y su

⁴⁰⁴CORTE CONSTITUCIONAL. SENTENCIA. T-760 de 2008. M.P. MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA. Expediente T-1281247 Y ACUM.2008: Bogotá D.C.

discusión en el Congreso, hecho que atenta contra los principios fundantes de la democracia participativa y pluralista del Estado colombiano (art.1° de la C.P.) y de colaboración armónica de las ramas del poder (art.113 de la C.P.).

Los decretos promulgados bajo la declaratoria de emergencia violan el artículo 214 de la Constitución Política, porque los mismos exceden los límites señalados en este artículo. Es decir, los decretos no estuvieron dirigidos a resolver la crisis promulgada. Ejemplo de esto, es el Decreto 135, orientado al fortalecimiento de la política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas.

Con referencia a los límites que debe observar el ejecutivo en situaciones de emergencia y/o estados de excepción, la Corte Constitucional le recuerda al ejecutivo que en ningún momento podrá afectarse el núcleo esencial de los derechos intangibles (Ley Estatutaria 137 de 1994, art. 6 y 7). El exceso del ejecutivo, particularmente en los Decretos 126,128 y131, lleva a la inconstitucionalidad de los preceptos que definen el derecho a la salud y las prestaciones de salud, pues el gobierno “cuando define unilateralmente sobre el derecho a la salud, se sitúa en la posición del poder constituyente y ésta es una función exclusiva de la Corte Constitucional, a quien le corresponde ser el intérprete supremo de la Constitución Política.”⁴⁰⁵

El Decreto 128 también contempla que en el caso de una prestación excepcional de salud, los trabajadores deberán pagar los costos de la prestación, o tendrán que endeudarse para realizarlo (numeral 15), o utilizar su cuenta individual de cesantías y de saldos acumulados de pensiones voluntarias (numeral 16); con lo anterior el gobierno estaba desmejorando los derechos sociales de los trabajadores, situación que no está permitida en un Estado Social de Derecho.

⁴⁰⁵Ibíd.p.26.

De otra parte dentro del sistema legal de fuentes del derecho, los decretos legislativos promulgados bajo la Declaratoria de la Emergencia Social no pueden ser modificados mediante decretos reglamentarios, ya que éstos últimos ocupan un grado inferior dentro de la jerarquía normativa. La modificación de los decretos leyes debe realizarse mediante Ley Ordinaria o Ley Estatutaria según el caso. El Gobierno, en contravía de la normativa, realizó modificaciones a los decretos que expidió mediante los Decretos Reglamentarios 358 del 4 de febrero, 398 del 5 de febrero y 505 del 18 de febrero de 2010, en los cuales hizo aclaraciones a temas como la autonomía médica, la vigencia de los planes obligatorios de salud y la base de los mismos.

Otra crítica se le hizo al Decreto 131 de 2010 de la Declaratoria de Emergencia Social, en el cual existe una clara violación a la autonomía de la profesión médica debido a que limitan el ejercicio de la práctica, y permite sancionar con una multa de entre 10 y 50 SMLV al profesional de la salud que, sin justificación, se aparte de los estándares adoptados en su respectiva profesión y que afecten las finanzas del sistema. Este Decreto fue sancionado con el ánimo de minimizar los gastos del sistema y frenar los cobros y recobros especialmente por medicamentos NO POS; sin embargo la medida generó rechazo por parte de la comunidad científica y su reglamentación se convirtió en una guía no obligatoria.

En resumen, si bien durante los 30 días de la Emergencia Social se promulgaron varios decretos, se argumentó que no existía viabilidad para esta medida extraordinaria, dado que los problemas del sistema de salud eran estructurales, no sobrevinientes y que deberían resolverse por el medio establecido para este tipo de asuntos: el prístino y racional debate legislativo. De otra parte se planteó que las medidas que propuso el Gobierno en su mayoría se concentraban exclusivamente en la sostenibilidad financiera del sistema, olvidando los otros aspectos por mejorar del sistema. Las medidas fueron débiles en especificar la forma en que se iban a manejar las barreras económicas que limitan el acceso a los servicios de salud a miles de

ciudadanos en situaciones precarias. Adicionalmente, se dejaron por fuera medidas que evitaran el incremento de tutelas por concepto de salud, fortalecieran la regulación del Estado sobre el Sistema de Salud y garantizaran el flujo de recursos financieros a través de las instituciones, entre otros aspectos.

Otro aspecto fueron las críticas que Académicos y diferentes instancias de salud hicieron a la premura con que el Gobierno decretó la Emergencia Social y la expedición de sus decretos. Esto llevó a que se creara una comisión de congresistas encargados de estudiar la coherencia y pertinencia con las leyes de los decretos promulgados. En abril de 2010, la Corte Constitucional declaró inconstitucional la Declaratoria de Emergencia Social, pero dejó una alternativa: los instrumentos creados para superar la crisis tendrían vigencia hasta diciembre de 2010, en particular lo referente al recaudo de recursos para el sistema. Este lapso le permitiría al Gobierno tiempo adicional para proponer nuevas alternativas para superar los problemas estructurales del sector.

Antes de terminar el período presidencial del gobierno Uribe, el Congreso aprobó el aumento de impuestos para superar la crisis de la salud a través de la Ley 1393 de 2010, que además ayudaría a financiar la unificación de los planes de beneficios ordenada por la Corte Constitucional en su sentencia T-760 de 2008.

4. Los ajustes normativos en Salud durante la administración Santos

Con el Gobierno Santos, se buscaron opciones para solucionar la problemática de salud y superar la situación ocasionada por la caída de la Emergencia Social. Desde agosto de 2010 el Ministerio de Salud empezó a impulsar un proyecto de Ley Ordinaria, con miras a reformar el sistema de salud en Colombia.

Fueron múltiples los retos que el Estado afrontó durante el proceso de construcción de las iniciativas de reforma en salud buscando lograr la sostenibilidad financiera del sistema y al mismo tiempo cumplir con las órdenes de la Corte en cuanto a universalidad y equidad.

Inicialmente se promulgó la Ley 1438 de 2011, que tenía como eje principal la sostenibilidad financiera del sistema en respuesta a la inexecutable de la Emergencia Social de 2009. Adicionalmente esta iniciativa debía responder a la definición clara de responsabilidades estatales partiendo del derecho fundamental a la salud.

Posterior a esta normativa y frente a las reacciones de los diferentes actores involucrados en el sector salud, el Gobierno vio la necesidad de continuar haciendo ajustes al SGSSS y en particular, concebir una Ley Estatutaria que regula la Salud como un Derecho Fundamental que debe ser garantizado de manera integral por el Estado; tarea que se encontraba pendiente desde la promulgación de la Ley 100 en 1993 y reforzada con las sentencias de la Corte Constitucional.

En 2012 y 2013, se debatieron varios proyectos de Ley en torno a la sostenibilidad financiera y el derecho la salud. En el primer año, dos iniciativas fueron objeto de debate: la primera, el Proyecto de Ley Estatutaria No. 48/12 Senado (Por medio del cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud) y segundo el Proyecto de Ley estatutaria No. 105/12 Senado (Por medio del cual se reglamenta el Derecho a la Salud); un tercer proyecto fue archivado. Nuevamente en el 2013, llegaron al Congreso varios proyectos de reforma al SGSSS.

De las negociaciones y acuerdos de las anteriores propuestas, el Gobierno consiguió la aprobación de la Ley Estatutaria, sancionada por el Presidente como Ley 1751 de febrero de 2015, luego de incorporar algunos de los ajustes solicitados por la

Corte Constitucional. El proyecto de Ley Ordinaria no salió en esa legislatura del Congreso, por lo que el ejecutivo decidió tomar varias medidas de ajuste al sistema, vía decretos y vía Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, algunas de las cuales presentan inconsistencias frente a lo plasmado en Ley Estatutaria de Salud.

a) Ley 1438 de 2011. Énfasis en sostenibilidad financiera y en el sistema de regulación, control y vigilancia.

El proyecto de Ley respondía no solo a garantizar la oportunidad, calidad y acceso en los servicios de salud sino que además debía encontrar soluciones a las siguientes situaciones⁴⁰⁶:

- Garantizar la sostenibilidad financiera del sistema.
- Priorizar la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.
- Gestionar el riesgo orientado a lograr resultados en salud.
- Simplificar e implementar la eficiencia en la administración y operación del sistema.
- Integrar y gestionar información para que el Gobierno, actores del sistema y ciudadanos puedan tomar mejores decisiones.
- Fortalecer institucionalmente el sector.

Tras diferentes espacios de discusión a través de debates, encuentros, mesas temáticas y foros regionales, se concretó la reforma al sistema a través de la Ley 1438 de 2011; la finalidad de la normativa era mejorar las dificultades en la calidad del servicio así como proponer un cambio que garantizara la sostenibilidad del sistema con equidad.

⁴⁰⁶COLOMBIA.MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, Hacia un Sistema de Salud con Calidad, Equidad y Sostenibilidad. Beatriz Londoño- Viceministra de Salud; Octubre de 2010.

El propósito de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011 era el fortalecimiento del SGSSS, desarrollando una propuesta de sostenibilidad financiera del Sector Salud, aunque no logra consolidar un rediseño del sistema creado por la Ley 100. De acuerdo con Álvaro Franco Giraldo, esta Ley buscaba “poner orden en la casa a la gestión del sistema y corregir fallas operativas. Es una Ley que busca resolver problemas del día a día y sobre todo enfrentar violaciones de los diferentes actores a las leyes anteriores, cuyas obligaciones ya estaban claras”⁴⁰⁷

En esta normativa se define la adopción de una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la elaboración de un Plan Decenal de Salud Pública, la creación del Observatorio Nacional de Salud, y la creación de Redes Integradas de Servicios de Salud, entre otros. En cuanto a la rectoría del Sistema de Salud, se ratifica que está en cabeza del Ministerio de la Protección Social.

De igual manera, la Ley 1438 fortalece las funciones de regulación y control, crea el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), mejora los sistemas de información y le da nuevas funciones y alcances a la Superintendencia Nacional de salud. Una de las falencias de la legislación fue el no fortalecimiento de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) , contrario a lo expresado por la Ley 1122.

La Ley plantea como beneficios para los usuarios, la atención en cualquier parte del territorio nacional, es decir, la “portabilidad nacional”; las entidades prestadoras de servicios no podrán impedir el acceso a los usuarios a sus instalaciones y servicios; se eliminan las multas monetarias por incumplir citas médicas programadas; los usuarios afiliados al Régimen Subsidiado podrán conservar su cupo si encuentran un empleo formal, su único deber es cotizar a la EPS sobre la base de un salario mínimo legal vigente. De otra parte los usuarios tendrán acceso a la

⁴⁰⁷FRANCO GIRALDO, Álvaro. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano. En: revista Salud Pública No 14, 2012, p. 865-877.

información sobre calificación del servicio de las EPS, lo que fomenta la libre elección por parte de los ciudadanos, a la EPS que se adapte mejor a sus necesidades.

Uno de los grandes avances alcanzados por esta Ley es la unificación hacia el 2015 del Plan de Beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado, buscando seguir los principios de la universalidad y la equidad. Esta medida permitirá que se reduzcan los pagos que el Estado hace a las EPS por concepto de medicamentos y servicios que no se encuentran incluidos dentro del POS (servicios NO POS). La actualización del POS contemplada dentro de la normativa, se realizará cada dos años para ajustar el plan de acuerdo con los cambios epidemiológicos de la población. Estarán incluidos los servicios de Salud Mental. También se eliminan los períodos de carencia para acceder a los servicios del POS, es decir, no se necesita de una antigüedad mínima para acceder a todos los servicios.

En el aspecto financiero, esta Ley crea un nuevo modelo para el Régimen Subsidiado, que impide a los alcaldes seguir manejando sus recursos locales, para disminuir los altos niveles de corrupción y evitar el despilfarro de los recursos. Por su parte, las EPS, a partir del 2013 deberán ajustar sus costos operativos (el 10% para gastos administrativos y el 90% restante destinados a la prestación de los servicios) y bajo ninguna circunstancia se podrán destinar recursos para el financiamiento de activos fijos o actividades diferentes a la prestación de servicios. De otra parte, la legislación libera a las EPS de pagar un porcentaje sobre el costo de los medicamentos no contemplados por el POS, que serán asumidos al 100% por el FOSYGA. Es responsabilidad del gobierno idear los mecanismos para desestimular la prescripción de medicamentos basados en prebendas por parte de la industria farmacéutica. El Gobierno consideró adicionar cerca de 1.5 billones para el sector salud a partir del 2012 y se compromete a garantizar que el flujo de recursos se haga de manera eficiente y transparente.

Respecto al rol de las EPS, se plantea que ellas deben ofrecer servicios de calidad con cobertura a nivel nacional. La nueva Ley incorpora la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), buscando promover la salud y prevenir la enfermedad, que será respaldada por el Estado. Estas instituciones se ceñirán a los lineamientos del Gobierno en cuanto a número máximo de afiliados, solvencia financiera y calidad del servicio prestado. Con estas medidas se busca limitar la cantidad de EPS existentes y que permanezcan en el mercado únicamente las que cumplan con los requisitos de Ley y sean fuertes patrimonialmente.

En cuanto a las entidades creadas, El Observatorio Nacional de Salud estará encargado de monitorear los indicadores de salud pública por cada municipio y departamento. La Junta Técnico Científica de Pares, bajo la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud, estará conformada por médicos y profesionales especializados y se encargará de emitir conceptos sobre la pertinencia médica para aquellos servicios no previstos en el POS. El Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), será el encargado de asegurar el pago de las obligaciones por parte de las Empresas Sociales del Estado. La Comisión Nacional del Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMD) tendrá a su cargo la formulación y regulación de la política de precios de medicamentos y dispositivos médicos; y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) será el encargado de emitir los conceptos de nuevas tecnologías en salud. Respecto a las Redes integradas de servicios de salud (RISS), se plantea articularlas mediante acuerdos o contratos institucionales con las EPS; en teoría le otorgan gran relevancia a la Salud Pública y su estrategia apuntaría a la integración hospitalaria en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS).

Esta normativa fortalece a la Superintendencia de Salud, mediante la ampliación de sus facultades para que pueda intervenir de manera oportuna y preventiva a las entidades vigiladas que atenten contra la prestación de un servicio

integral al usuario. Se le asignan mayores recursos y procedimientos para su intervención, así como la función de servir de conciliador no solo entre los actores vigilados, sino también con el FOSYGA; controlar y vigilar la Comisión de Regulación en Salud (CRES); crear las juntas técnico científicas de pares; contar con oficinas regionales que permitan garantizar presencia a nivel nacional y un mejor servicio; implementar mecanismos de intervención para evitar corrupción dentro del sistema de salud, servir como defensor del usuario, entre otros aspectos.

La Ley 1438 surgió en un ambiente caótico y polarizado, con la presencia de actores gremiales de mucha influencia, en ocasiones monopólicos, quienes tienen a su cargo la intermediación financiera y de otra parte académicos y movimientos por la defensa del derecho a la salud que consideran que esta Ley no se considera como una reforma estructural del sistema ya que no interviene los aspectos centrales de éste; el articulado aborda temas puntuales y toda la Ley gravita alrededor de la sostenibilidad financiera, dejando de lado puntos claves del Sistema de Salud. Con ella no se resuelve la crisis de salud, los problemas de la intermediación ni la corrupción.

En el desarrollo de la Ley surge una dificultad: plantear un modelo basado en APS sobre uno basado en el aseguramiento “es decir, combinar Estado y territorialidad con competencia y mercado. A ello le se agrega un tercer modelo basado en la atención de los factores de riesgo y el perfil epidemiológico de la población que resulta restrictivo frente al modelo basado en el desarrollo y en los determinantes sociales de la salud”⁴⁰⁸

Otra crítica a la Ley 1438 de 2011 es la falta de mecanismos explícitos para superar los inconvenientes financieros (a pesar de haber sido diseñada en este sentido). Iniciativas como las RISS, han afrontado dificultades operativas para su

⁴⁰⁸ FRANCO GIRALDO, Álvaro, Op. Cit., p.872.

implementación porque no se diferenció adecuadamente la intervención de cada uno de los actores y la coherencia del rol asignado. En el caso del aseguramiento y prestación de servicios, la Ley generó un aumento en el número de actividades más no en la calidad del servicio (oportunidad, integralidad y resolutivez), aspectos que se evidencian en los débiles procesos de referencia y contrarreferencia y deficientes procesos de articulación.

Al analizar las anteriores deficiencias y aunado a las reacciones de los diferentes sectores frente a la Ley en los comienzos del primer periodo del Gobierno de Santos, se planteó la necesidad de promulgar nuevas leyes en salud, para lo cual se tramitaron dos proyectos: la Ley Estatutaria y la Ley Ordinaria.

b) Proyectos de reforma a la salud 2012-2013. Leyes Ordinaria y Estatutaria.

En el 2012, se debatieron tres proyectos de Ley en función del tema estructural: la salud como derecho fundamental, dos de los cuales fueron sometidos a debates (uno fue archivado): el Proyecto de Ley estatutaria No. 48/12 Senado (por medio del cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud) y el Proyecto de Ley estatutaria No. 105/12 Senado (Por medio del cual se reglamenta el Derecho a la Salud)

El primer proyecto se orientaba a garantizar el derecho fundamental a la salud, promovía la definición de los derechos de los usuarios y la inclusión de medicamentos NO POS. Los cambios centrales eran:

- “Acceder a los bienes contenidos en el Plan Único de Beneficiarios.
- Elegir libremente el asegurador y recibir un trato digno.
- Mantener comunicación con el profesional de la salud.

- Tratar de manera confidencial su historia clínica.
- Recibir asistencia con calidad.
- Menores costos en cuotas moderadoras o copagos ante buenas prácticas de salud.
- Recibir explicación sobre cuentas.
- Respetar la voluntad sobre la donación de órganos.
- Ser atendido de manera inmediata en las IPS cuando se presente urgencia vital.
- Recibir prestaciones de salud y participar en procesos de definición e implementación de decisiones de salud.⁴⁰⁹

El otro proyecto es interesante por su origen multipartidista, en su elaboración intervinieron el Polo Democrático Alternativo, el Partido Liberal, la Alianza Social Independiente, el partido MIRA, el Partido Verde y el Partido Conservador. Promovía una reforma general en el sistema y tocaba temas relevantes en la identificación de algunos problemas, sobre éstos se estructuró la reforma:

- Establece criterios para el uso de la consulta previa para las comunidades étnicas.
- Define líneas de acción y coordinación a nivel sectorial e intersectorial.
- Transforma el FOSYGA en el Fondo Único de Seguridad Social en Salud (FUSESA), cuyo rol sería administrar los recursos de cotizaciones obligatorias y fiscales.
- Concibe la creación de las Administradoras de Fondos Territoriales de Seguridad Social en salud (AFOTESA), entidades descentralizadas

⁴⁰⁹Instituto de Ciencia Política Hernán Echavarría Olózaga. Reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano. Observatorio Legislativo. Boletín No 212, Bogotá, noviembre, 2012, p. 3

encargadas de la administración de los recursos provenientes del FUSESA y de recursos propios provenientes de entes territoriales.

- Propone la eliminación de la intermediación financiera realizada por las EPS.
- Establece procesos de planeación de política pública cada doce años, y planes nacionales de salud cada cuatrienio.
- Propone la creación del denominado Comité Nacional de Resolución de conflictos sobre el derecho a la salud (CONARDES).

En síntesis, se concibe un sistema denominado “Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud”, dentro del cual se debe establecer una nueva institucionalidad encargada de varias funciones tales como: administración y recaudo, manejo de los sistemas financieros y de información en salud, entre otros. Es de resaltar que en este proyecto se concretan las obligaciones del Estado así:

“Esta iniciativa va más allá de la descripción de obligaciones de los prestadores, abarcando una visión más integral del derecho a la salud, la cual incluye una exigencia mayor por parte del Estado en términos de prestación del servicio con el fin de dar plena efectividad al goce del derecho a la salud en todos sus componente esenciales (sic). En este sentido el proyecto define los componentes del derecho y los deberes del Estado, los principios orientadores, los criterios generales aplicables a cada sector estatal, y los límites y procedimientos para dirimir conflictos”⁴¹⁰.

Ambos proyectos buscaron reformar el SGSSS desde dos perspectivas. Aunque existen puntos coincidentes, también se presentan divergencias, por ejemplo, la primera propuesta se basaba en una perspectiva reguladora que contemplaba que los usuarios adquieran derechos y deberes en el acceso a los servicios de salud, mientras que en la segunda, desde una perspectiva de derechos y de garantía, se establecía la responsabilidad estatal para garantizar el derecho a la salud. Sin embargo, no se

⁴¹⁰Ibíd., p. 6

incluía algún procedimiento de carácter sancionatorio a las EPS que infringieran la normatividad.

Seguidamente se presenta una perspectiva de estudio sobre la manera como se gestionaron políticamente las propuestas de ley estatutaria y ordinaria en el Congreso, tomando como referencia el trabajo de Ortiz y Romero⁴¹¹. Mediante un análisis de variables, se analizaron un conjunto de 5 proyectos o propuestas de las reformas al SGSSS presentadas entre 2012 y 2013.

Las variables contemplan siete aspectos: Generalidades, Accesibilidad y prestación, Modelo de atención, Administración de Recursos, Creación de un fondo común, Fuentes de financiación y, Fondo de garantías del sector salud. Los proyectos o propuestas analizadas son: a) Proyecto de Ley Estatutaria o Proyecto de Ley 209 de 2013/ Senado, presentado por la Gran Junta Médica; b) Proyecto de Ley 233 de 2013 (versión del 9 de Abril), presentado por Parlamentarios; c) Proyecto de Ley Ordinaria 210 de 2013, presentado por el Ministerio de Salud y Protección Social; d) Proyecto de Ley 248 de 2013, presentado por el Representante a la Cámara Holger Horacio Hernández y e) Proyecto de Ley 051 de 2013, presentado por el Senador Jorge Eliécer Ballesteros. En la siguiente tabla se encuentra un resumen de las propuestas:

⁴¹¹ORTIZ AMÉZQUITA, Emma Adriana y ROMERO ÁLVAREZ, Walter. *Visión y Análisis de las Propuestas de Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, Vigencia 2012-2013*”, Bogotá; Colegio Mayor Nuestra Señora Del Rosario, Facultad de Administración, Maestría en Administración en Salud, 2013, 107 p.

Tabla 7. Aspectos diferenciales de las cinco propuestas de estudio

Aspecto	Propuesta 209 (Ley Estatutaria) Gobierno	Propuesta 233	Propuesta 210 (Ley Ordinaria) Gobierno	Propuesta 248	Propuesta 051
Generalidades	Derecho humano fundamental	Derecho humano con carácter público. Sistema único de salud descentralizado involucra regímenes especiales excepto fuerzas armadas.	Regula beneficios en salud, operación, gestión y administración.	Derecho humano fundamental. Las personas son responsables del cuidado integral de su salud	Reforma mediante Esquema de Administración Regulada.
Plan de beneficios	Plan único de beneficios: promoción y	No tiene	Mi-Plan: define coberturas y tecnologías	Plan integral de Beneficios en salud. Estado financiará total o parcial las cuotas	Plan de salud con servicios determinados.
Financiamiento	Recursos fiscales y parafiscales ya establecidos				
Prestación de servicios y accesibilidad	No tiene	Territorios en salud: trabajo intersectorial	Evaluación con indicadores. Áreas de gestión sanitaria: prestadores primarios y secundarios. Caracterización de riesgos en salud.	Mantiene la acción de tutela	Entidades gestión especializada en salud: gestión y evaluación de resultados.
Modelo de atención	Atención primaria en salud	Redes Integradas de servicios de salud. Atención primaria integral en salud con enfoque diferencial	No tiene	Atención primaria en salud. Asegurador: gestor del riesgo en salud. Modelo atención enfermedades alto costo.	Atención primaria en salud, con incentivos por buen desempeño.
Administración recursos	Fondo único pagador	Centra única de recaudo y fondo único público con 8 subcuentas.	Salud Mía: afiliación, recaudo y gestión financiera. Fondo único de garantías para el sector salud	Fondo público: Asegurador y pagador	Fondo central en salud con las mismas subcuentas del Fosyga.

Fuente: ORTIZ AMÉZQUITA, Emma Adriana y ROMERO ÁLVAREZ, Walter. “Visión y Análisis de las Propuestas de Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, Vigencia 2012-2013”, Bogotá; Colegio Mayor Nuestra Señora Del Rosario, Facultad de Administración, Maestría en Administración en Salud, 2013, págs. 70 – 72.

Las propuestas analizadas contemplan la salud como derecho fundamental. En la mayoría de ellas se plantea la regulación y dirección del sistema como eje central, por cuanto implica concentrarse en reducir las externalidades generadas por el mercado de las EPS y la manera como éstas operan; la mayoría de las propuestas buscan la eliminación de dichos órganos, y en su lugar, el establecimiento de otro tipo de institucionalidad, por ejemplo, mediante fondos únicos que estén adscritos al Ministerio de Salud y tengan funciones de recaudo, administración y pago a los prestadores de servicios. Sin embargo, no hay claridad sobre los procesos de financiación de los sistemas propuestos en cada uno de los proyectos, ya que si bien contemplan las mismas fuentes y recursos de financiación, en algunos casos se establece la necesidad de crear nuevos impuestos para generar una mayor cantidad de recursos pero sin definir mecanismo de recaudo y regulación financiera. El Ministerio

propone la creación de un fondo de garantías del sector salud que tiene como finalidad preservar la sostenibilidad financiera del sistema⁴¹².

Otro aspecto que abordan las propuestas tiene que ver con la eliminación de los regímenes instituidos en 1993 y se establece la creación del denominado Plan Único de Beneficios, el cual no tendría relación con el tipo de aseguramiento o la capacidad de pago de los ciudadanos. Sin embargo, no es claro cómo operará dicho Plan, o cuáles serán los servicios incluidos y excluidos del mismo; esto lleva a Ortiz y Romero a concluir que:

“La reforma a la salud en el eje de la financiación como se encuentra concebida, no generará cambios sustanciales toda vez que se avanza hacia un sistema en que el Estado será el principal actor con las funciones de afiliación, recaudo, administración, pago, giro o transferencia de los recursos, responsable de la información. En resumen, se demuestra el interés del Estado por retomar su empoderamiento como administrador de lo público. Sin embargo, la administración del riesgo en salud seguirá delegada en las Entidades Promotoras de Salud o Gestoras de Salud”⁴¹³.

Por otra parte, los procesos de reforma relacionados con los precios establecidos de los servicios de salud, también deben responder al establecimiento de un mínimo de parámetros de calidad. En este marco, hay posturas como la del Polo Democrático Alternativo, cuya bancada argumenta que el problema de los precios es un problema de abuso de posición dominante en el mercado por parte de las EPS, lo que implica que es necesario generar mecanismos que prohíban la integración vertical, y sobre todo, se elimine la intermediación financiera que realizan las EPS. Este debate se trasladó a la siguiente legislatura y el Gobierno logró acuerdos que le permitieron sacar adelante la Ley Estatutaria.

⁴¹²Ibíd., p. 72 – 73

⁴¹³Ibíd., p. 96

(1) Proyecto de Ley Ordinaria de Salud

En marzo del 2013, el Gobierno presentó en paralelo los proyectos de Ley estatutaria y ordinaria. Este último, Proyecto de Ley No 210 de 2013 basado en la superación de algunos de los problemas identificados en el SGSSS, ha tenido mayores dificultades para su aprobación.

Del informe del primer debate realizado por el senador Mauricio Ospina Gómez, se identifican cinco aspectos que motivan la propuesta de reforma:

- Barreras de acceso a los servicios de salud y fallas en la promoción y prevención.
- Falta de pago oportuno a los prestadores de los servicios de salud y fallas generalizadas en las empresas promotoras.
- Uso inadecuado de los recursos por corrupción e ineficiencia.
- Atención deficiente en las zonas especiales (dificultades de acceso para minorías étnicas y habitantes de zonas dispersas).
- Pérdida de legitimidad del sistema.

Estos problemas del sistema se pueden asociar a fallas del mercado e inconvenientes en la información y externalidades negativas, por lo que se proponen los siguientes puntos:

- Creación de una entidad denominada Mi-salud, la cual se constituye como una entidad pública de naturaleza especial del nivel descentralizado, con autonomía administrativa, financiera y presupuestal, con el fin de afiliar, recaudar y distribuir los recursos que hoy financian los regímenes contributivo y subsidiado.

- Ampliar el plan de beneficios por un plan integral que reduzca lo que se ha denominado la zona gris y que por tanto permita disminuir el elevado número de demandas al Estado con el fin de que éste sea garante del derecho a la salud.
- Transformación del sistema de Entidades Promotoras de Salud (EPS) en administradoras de la atención básica y especializada en salud con un énfasis territorial y redes de prestadores claramente definidas.
- Creación de las condiciones para la puesta en práctica de un nuevo modelo de prestación de servicios para zonas especiales (aunque no se identifican las características de dichas zonas).
- Dotación a la Superintendencia de salud de mayores y mejores instrumentos de control, relacionado con el proceso de gobernanza regulatoria, que implica garantizar una institucionalidad que permita ejercer un adecuado control del sistema.

La reforma plantea la redistribución de roles entre actores del sistema (agentes reguladores, EPS, IPS). Este cambio plantea una nueva estructura de gestión denominada áreas de gestión sanitaria, conformadas por redes de prestadores de servicios de salud, las cuales a su vez son gestionadas por lo que se denomina Entidad Administradora, la cual se encargará de atender un grupo poblacional determinado, en función de los tipos de regímenes existentes.

En el caso de los prestadores de servicios, los roles se identifican en función del tipo de red al cual se inserten:

- En la Red básica, la función del prestador se entiende como la de prestar directamente al usuario los servicios básicos de salud.

- En la Red especializada, los prestadores, deben atender a aquellos pacientes con enfermedades complejas.
- En las Redes especiales, la función de los prestadores es atender las enfermedades de mayor complejidad, que requieren de un manejo integral.

El Ministerio de Salud y Protección Social fija los lineamientos de política y administración de los recursos del sistema y define los criterios de habilitación de las redes. El rol de las Administradoras es el de constituir las redes de prestadores de servicios de salud y gestionar las dinámicas de cada red en los dos tipos de regímenes existentes; así como el de ocuparse de la relación Administradora–afiliados e implementar esquemas que le permitan gestionar los riesgos del mismo.

El rol de las entidades territoriales será la administración de las acciones colectivas y de salud pública, y dependiendo de condiciones de recursos y de capacidad fiscal, pueden asumir como Administradoras del Régimen Subsidiado. La reforma⁴¹⁴ señala que en el caso de las EPS, éstas tendrán tres opciones:

- Retirarse del aseguramiento social y especializarse en seguros voluntarios.
- Convertirse en Administradoras (que asumen algún riesgo), gestionando la prestación de servicios de salud en un área de gestión sanitaria.
- Si están integradas verticalmente, podrán convertirse en prestadoras de servicios y unirse a alguna red.

La Superintendencia Financiera tendrá como rol vigilar a los Administradores en lo relacionado con el aseguramiento y el manejo de recursos, por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud se concentrará en la protección al usuario y los prestadores.

⁴¹⁴ Proyecto de Ordinaria Ley n°210 del Senado, 2013. Por la cual Reforma a la salud y Proyecto de Ley Estatutaria 209 Salud como derecho fundamental. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2013.

Se definen igualmente nuevas instancias creadas para el tema de aseguramiento, prestación y vigilancia. De acuerdo con la información suministrada por el Ministerio de Salud, la nueva estructura del sistema se caracteriza por concebir un modelo estructurado en tres ámbitos:

- El primero de acción ágil y eficaz para que las medidas preventivas y correctivas tengan efecto sobre la atención oportuna e integral en salud.
- El segundo de control, cuyo propósito sancionatorio tenga efectos punitivos y ejemplarizantes, a través de la oralidad.
- El último de delegación de las funciones de Vigilancia y Control en Entidades Territoriales

Dado lo anterior, no se crean nuevas instituciones sino que se adecuan a un nuevo modelo de gestión las existentes; las entidades del orden nacional y territorial podrán tomar medidas especiales para prevenir o corregir la afectación en la atención por inconveniente detectado en el servicio, así mismo, la Superintendencia Nacional de Salud podrá solicitar a Salud-Mía la suspensión de afiliaciones a aquellos operadores con vigilancia especial, cuando incumplan las directrices de gestión, lo que puede llevar hasta la intervención en la entidad.

Otro aspecto relacionado con el control se plantea en el artículo 18 del proyecto, que define “El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades competentes, establecerá los mecanismos de vigilancia de la calidad, seguridad y efectividad de las tecnologías de salud y de las innovaciones tecnológicas para efectos de protección de la salud pública y la actualización de Mi-Plan”.

Con relación a la prestación del servicio de salud, el literal a, del artículo 20, establece que es responsabilidad exclusiva de los entes territoriales –no delegable- la vigilancia sanitaria, la vigilancia en salud pública, la planeación de la salud en el territorio y su articulación con otros sectores.

En el Título VII se establece lo relacionado con el sistema de regulación, entendido como el conjunto de procesos y procedimientos de Inspección, vigilancia y control, que recaen en la Superintendencia Nacional de Salud, lo que lleva a preguntarse si la entidad cuenta con la suficiente capacidad institucional e independencia política para responder a este reto frente a las presiones de los grupos de interés de este sector.

El principal mecanismo regulatorio del sistema se configura en el artículo 45, que se refiere a la “toma de posesión”, cuya finalidad es la de “salvaguardar la prestación del servicio público de salud que realizan los Gestores de Servicios de Salud, Prestadores de Servicios de Salud y las Direcciones Territoriales de Salud, cualquiera sea la denominación que le otorgue la Entidad Territorial”; y serán competencia de la Superintendencia Nacional de Salud⁴¹⁵ cuando se presente alguna de las siguientes situaciones: las entidades vigiladas no presten el servicio público de salud con la continuidad y calidad debidas; la entidad persista en violar, en forma grave, las normas o por el incumplimiento en sus contratos; cuando incumpla, en forma reiterada, las órdenes e instrucciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud y cuando se ha suspendido o se teme que pueda suspender el pago de sus obligaciones con terceros.

Por último, el artículo 48, señala y define las competencias en materia regulatoria a otras entidades del sistema, de la siguiente manera:

⁴¹⁵ Proyecto de Ordinaria Ley n°210 del Senado, 2013.Op.cit.

- La Superintendencia de Sociedades será la responsable de la inspección, vigilancia y control de los grupos económicos en que participen las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando las actividades de salud no sean el objeto principal del grupo. Sin perjuicio de lo anterior, la inspección, vigilancia y control de las entidades subordinadas que directa o indirectamente reciban recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, será de la Superintendencia Nacional de Salud.
- La Superintendencia de Industria y Comercio ejercerá funciones de Inspección, Vigilancia y Control en los casos en que se coarte la libre competencia, se presente competencia desleal o ante el abuso de la posición dominante, en cualquiera de sus manifestaciones, mediante el manejo de tarifas u otros mecanismos, por parte de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Las funciones de inspección, vigilancia y control del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar quedan a cargo de la Empresa Industrial y Comercial del Estado, Administradora del Monopolio Rentístico de los Juegos de Suerte y Azar -Coljuegos-. Los procedimientos y sanciones serán los establecidos en el Estatuto Tributario.

Otro aspecto que aborda la reforma tiene que ver con minimizar la falta de credibilidad en el sistema, en especial en el manejo financiero de las EPS, asociadas a casos de corrupción, que significaron el desfaldo del sistema a partir de la quiebra de varias empresas, y de la falencia de recursos en hospitales y centros de salud.

Si bien, el proyecto de Ley Ordinaria fue presentado simultáneamente con la propuesta de Ley Estatutaria, ha encontrado mayor resistencia en el Congreso y el Gobierno ha ido resolviendo alguno de sus componentes por vía decretos.

Useche Aldana⁴¹⁶ critica la propuesta presentada por el Gobierno, señalando que tiene como fin fortalecer la visión economicista de la salud y los mercados subyacentes a esta visión, en especial los de aseguramiento que son propiedad de fuertes EPS, mediante mecanismos tales como:

“...centralización de los recursos financieros en un fondo de gestión al servicio de los GSS (“Salud Mía”); concentración del aseguramiento en unas pocas EPS; garantía del lucro creciente de las aseguradoras a través de “incentivos a la gestión del riesgo”; ampliación de la “integración vertical” que permite a las aseguradoras entre otras ventajas, contar con sus propias clínicas, y formar sus propios médicos; establecimiento de redes horizontales de prestación de servicios bajo el control de las compañías aseguradoras; mantenimiento de un plan de beneficios restringido (“Mi Plan”) cuya administración permita altas tasas de ganancia en la intermediación y crecimiento del segmento del mercado para los seguros privados y la medicina prepagada; y creación de áreas especiales de gestión en territorios con población dispersa en los que se optimiza la rentabilidad de las EPS al eliminar la competencia entre aseguradoras”⁴¹⁷.

Una postura crítica de este autor es que si se compara el sistema colombiano, con otros sistemas, la mejor opción para el país sería establecer un modelo sin aseguradoras, es decir sin intermediarios, lo que implicaría una construcción los “tres pilares básicos de todo sistema de salud: la rectoría o dirección, la financiación y la prestación de servicios”⁴¹⁸, que tenga como soporte una institucionalidad fuerte, separada de la influencia de los OEI como el BID, cuyas directrices de política permean de lógica económica todos los aspectos del proyecto, subsumiendo la función del Estado Social de Derecho a un garante de las relaciones de mercado propicias para garantizar la rentabilidad de las EPS, como sucede en la reforma propuesta por el Gobierno.

⁴¹⁶USECHE ALDANA, Bernardo. En Colombia es factible y necesario un modelo de salud sin Aseguramiento. En: Revista DESLINDE; No 55.Abril 2014, 14 p.

⁴¹⁷Ibíd. p. 4

⁴¹⁸Ibíd. p. 10

(2) Ley Estatutaria de Salud-1751

La propuesta de Ley 209, presentada por la Junta Médica (14 puntos) y el Gobierno en marzo de 2013 al Congreso y con los ajustes sugeridos por la Corte Constitucional fue la que finalmente se convirtió en la Ley 1751, Ley Estatutaria de Salud, en el 2015, y define los elementos fundamentales de referencia del sistema.

Las Leyes Estatutarias son aquellas cuyas disposiciones se establecen para hacer efectivo los referentes constitucionales en materia de regulación y protección de derechos, específicamente en los temas contemplados en el artículo 152 de la Carta Magna⁴¹⁹. Estas Leyes se definen en torno a tres factores: primero, su trámite es de carácter especial en tanto deben ser aprobadas por mayoría absoluta en las cámaras; segundo, son expedidas exclusivamente por el Congreso, durante una misma legislatura y tercero, revisten un examen previo por parte de la Corte Constitucional, que ejerce un control previo de constitucionalidad. Las Leyes Estatutarias en Colombia pueden ser referidas a:

- Los derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección.
- Administración de justicia.
- Organización y régimen de los partidos y movimientos políticos; estatuto de la oposición y funciones electorales.
- Instituciones y mecanismos de participación ciudadana.
- Estados de excepción.
- Igualdad electoral entre los candidatos a la Presidencia de la República que reúnan los requisitos que determine la ley.

⁴¹⁹Departamento Nacional de Planeación, DNP. Manual de Elementos Básicos del Estado Colombiano. Bogotá, Imprenta Nacional de Colombia, febrero, 2010: 13 p.

La Ley Estatutaria regula el derecho fundamental a la salud entre otras disposiciones relacionadas con su promoción y garantía. Es importante identificar las lógicas que llevaron a la aprobación de esta ley, relacionadas con el proceso de adecuación del sistema de salud en función a la capacidad del Estado para garantizar el derecho a la salud, tomando en consideración las diferentes fuerzas e intereses sociales, políticos, culturales y económicos que interactúan en el modelo.

La Ley Estatutaria integra el denominado “Bloque de Constitucionalidad” en tanto constituye un marco que conjuga los mecanismos establecidos por la Corte Constitucional en los sucesivos fallos de tutela que buscan garantizar la salud como derecho, en especial la Sentencia T-760 de 2008.

El eje central de la Ley Estatutaria es garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer mecanismos para su protección. La Ley fue aprobada en primera instancia en junio de 2013 ante un llamado de urgencia por parte del Presidente Santos.

El texto definitivo referente al derecho de la salud fue el resultado de sucesivos debates desarrollados en el Congreso durante la legislatura 2012, en el cual se presentaron dos posturas antagónicas, la primera, contempla una visión extendida de la salud como derecho y asume la salud como un derecho cuya garantía contempla los principios de universalidad, igualdad y dignidad de las personas; la eliminación de barreras económicas, financieras o sociales que puedan llegar a actuar como mecanismos de discriminación y exclusión; y sobre todo la construcción del sistema sobre componentes de autonomía, vida saludable, participación, entre otros; donde el Estado es responsable de la prestación, administración y regulación del sistema sin intermediación.

La otra visión plantea la salud no como un derecho, sino como un servicio público transable en el mercado, es decir, un servicio público de carácter prestacional, cuya oferta y demanda determinan los aportes y beneficios a los cuales puede acceder el usuario conforme a su capacidad de pago. En este orden de ideas, la visión economicista, define el rol del Estado como un ente de vigilancia y regulación que plantea las reglas y normas sobre las cuales se sanciona el incumplimiento de los contratos entre los diversos agentes que intervienen en el sistema. Otra función del Estado sería la de brindar la asistencia a aquellos con escasa capacidad económica, de tal manera que su incorporación al mercado de salud se realiza a través de medidas asistencialistas y de subsidios.

Finalmente la Ley, en su artículo 2º, define el derecho fundamental a la salud como:

“autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.”⁴²⁰

En esta Ley, el derecho fundamental a la salud se concibe a partir de las siguientes características de los servicios: disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad; los cuales deberán ser evaluados anualmente y acorde con esos resultados se diseñarán e implementarán políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.

⁴²⁰ República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Texto de Ley Estatutaria aprobada por el Congreso el 20 de junio de 2013. Disponible en internet: <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Reforma-a-la-salud-contenido.aspx>. Consultado el 9 de diciembre de 2014.

En esta normativa se toman en cuenta principios de la Constitución en materia de derechos, los de las Cartas de Derechos, así como algunos de los referidos en la Ley 100 como son: universalidad, *pro-homine*, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad del derecho, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad y protección a los pueblos indígenas y minorías. También establece que la prestación de servicios deberá ser integral, es decir, de forma completa independiente del origen de la patología, enfermedad o condición de salud.

Establece que el Estado en el ámbito nacional y en especial en zonas marginadas, es el responsable de respetar, proteger, y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para lo cual deberá abstenerse de tomar decisiones que lleven al deterioro de las condiciones sanitarias de la población y deberá definir políticas en pro de la salud y en todos los niveles de atención desde la promoción hasta la rehabilitación. Adicionalmente establecerá mecanismos para salvaguardar el derecho a la salud y crear adecuados mecanismos de inspección, vigilancia y control. De otra parte garantizará la sostenibilidad financiera del sistema e incluso podrá intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos con el fin de evitar inequidades de acceso.

Cabe destacar que se conserva la figura de la tutela como el derecho de los ciudadanos cuando el sistema no les garantice el goce efectivo de la salud; se establece que el Estado controlará los precios de los medicamentos y prohíbe negar servicios a los usuarios por razones económicas. La Ley contempla que para el acceso a servicios y tecnologías en salud en caso de urgencias o en casos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social no se requerirá de ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador del servicio y la entidad gestora de salud.

Se establecen una serie de derechos y deberes relacionados con la prestación de los servicios de salud y se define que merecen especial protección los niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, las personas con discapacidad y las personas que sufren de enfermedades huérfanas; su atención por consiguiente no deberá tener restricciones de carácter administrativo ni económico.

El Capítulo II, enuncia los mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud, y establece la forma de participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud, el papel de las redes integradas de salud, la prohibición de la negación de prestación de servicios. En el artículo 15 de ese capítulo se establecen las exclusiones en la prestación de los servicios y tecnologías de tal forma que se garantice que los recursos se utilicen para el fin establecido; adicionalmente establece que las juntas médicas son las encargadas de dirimir conflictos.

Esta Ley ratifica la autonomía de los profesionales de la salud para tomar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de sus pacientes, prohibiendo presión de cualquier tipo y ratificando que los profesionales deberán contar con condiciones dignas y justas de trabajo.

De otra parte, se señala que el Gobierno Nacional deberá contar con una Política Pública en Salud que permita la articulación intersectorial, define un sistema único de información, se plantea que el Estado debe promover la divulgación de progresos científicos, así como diseñar una Política de Innovación, Ciencia y Tecnología en salud.

Se resalta que el Gobierno deberá establecer una Política Farmacéutica Nacional en la que se identifiquen las estrategias, prioridades, mecanismos de financiación, adquisición, almacenamiento, producción, compra y distribución de los

insumos, tecnologías y medicamentos. El Gobierno establecerá los mecanismos de regulación de precios, determinados por los referentes internacionales e intervendrá en los márgenes de distribución y comercialización de los fármacos.

Por último, se hace énfasis en que los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, la Ley Estatutaria se convirtió en la primera de su naturaleza expedida en los 22 años de vigencia de la Constitución de 1991, que regula un derecho fundamental de carácter social y económico. Tras su aprobación en junio de 2013, pasó a revisión de la Corte Constitucional quien finalmente en noviembre del 2014 expidió la sentencia C-313/14 con la cual realizó modificaciones en parte o en la totalidad de alguno de estos puntos⁴²¹:

- “Si bien el derecho se entiende como “derecho a la atención en salud”, incluye la afectación de los determinantes sociales de la salud y es un “deber indelegable del Estado”.
- Aceptó los criterios para definir exclusiones, pero no Plan de Beneficios explícito ni zona de priorización: todo lo que no sea excluido está incluido y debe ser progresivo, no regresivo.
- No afectó la relación con capacidad de pago, pero interpreta que la sostenibilidad fiscal no debe servir para no atender a quien lo necesita.
- La acción de tutela es el único mecanismo de protección y puede ser utilizada para lo excluido.

⁴²¹En sentido concreto, la Corte declara condicionalmente exequibles las disposiciones relacionadas en los artículos 1°, 5°, 15°, 23°, al tiempo que declaró inexecutable algunas disposiciones contenidas en los artículos 6°, 8°, 10°, 11°, 14° y 15°.

- Incluye lo que se necesite, según el criterio médico (Autonomía profesional).
- No autorizaciones para “atención de urgencias”.
- Trabajo digno en salud.
- Control de toda la cadena de medicamentos.
- Ratificó: recursos son inembargables y de destinación específica”⁴²²

Esta Ley debe ser defendida por los diferentes actores de la sociedad civil para que el derecho constitucional autónomo e irrenunciable a la salud sea una realidad por encima de intereses de lucro particulares. Considerando los cambios que se promulgan en la normativa y que defienden el derecho a la salud de los colombianos, el Gobierno nacional aspira estructurar un marco normativo legal que impida que no se haga efectivo este derecho.

De una primera revisión de la Ley 1751, se puede señalar que ésta se centra en aspectos de carácter técnico-financiero que permiten promover mejoras a la prestación de los servicios de salud, entendida desde la propia Ley como derecho fundamental en consonancia con las sentencias de la Corte Constitucional. Así las cosas, lo primero que llama la atención del texto de la reforma es que consagra la eliminación del POS, aspecto que ya ha generado serias críticas, como por ejemplo:

“Se destacan aspectos importantes como la eliminación del conocido POS (Plan Obligatorio de Salud - Resolución 5521 de 2013). Sin embargo, el Gobierno no ha dicho cómo va a sostener financieramente esta decisión, pues cubrir absolutamente todos los tratamientos de todas las enfermedades requiere cuantiosos recursos. En el 2017 cuando desaparezca el POS y aumenten los servicios, el sistema podría colapsar (...) Mientras esto ocurre, seguirán las tutelas como mecanismo para

⁴²²Ibíd. p. 8

lograr obtener lo que está fuera del POS y también lo que está dentro, pues en muchos casos las EPS evaden lo incluido en el Plan”⁴²³.

Lo anterior va a implicar que los ciudadanos podrán acceder a diferentes servicios según sus necesidades, haciendo énfasis en que no existirá una lista limitada de medicamentos. Si bien, no se advierten cambios en las estructuras de intermediación, la Ley busca promover en las instituciones prestadoras el sentido de prestar dichos servicios con fundamento en los principios de equidad y oportunidad, mediante la ampliación de cobertura. Para algunos, esto ha sido objeto de debate en tanto el Gobierno debe eliminar los regímenes subsidiado y contributivo, para lo cual propone la creación de un solo régimen bajo el supuesto de la igualdad de todas las personas.

Como se mencionó en el trabajo de Ayala⁴²⁴, existen diferentes obstáculos al acceso real de los ciudadanos al sistema de salud, y esta Ley propone reducirlos mediante mecanismos tales como: la prohibición a los prestadores de limitar la atención a los pacientes mediante la utilización de argumentos tales como: la distancia entre el lugar de residencia y el centro de atención, el nivel económico de los pacientes, la solicitud de autorización o la exigencia de dineros para atención de urgencias.

Desde una perspectiva técnica, los cambios que operan en el sistema aluden a:

- La tutela continua siendo el mecanismo de protección del derecho a la salud en caso de su vulneración.

⁴²³ LÓPEZ DAZA, German Alfonso. La nueva Ley Estatutaria de Salud: ¿Un remedio paliativo?. En: Diario del Huila. Edición digital del: 2015-02-22 00:00. Disponible en internet: <http://diariodehuila.com/opinion/la-nueva-ley-estatutaria-de-salud-un-remedio-paliativo-cdgint20150222080318160>

⁴²⁴ AYALA GARCÍA, Jhorland. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso, Banco de la República de Colombia, Serie Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional, No 204, Julio, 2014, 45-50 p.

- La Ley dispone del establecimiento de mecanismos de control sobre los riesgos de desfalco financiero de los actores involucrados.
- La financiación del sistema tendrá un componente público que garantice el acceso al derecho a través de todas las fuentes de financiación, y los ajustes presupuestales para evitar que se presenten desequilibrios financieros, al tiempo que vela porque el sistema sea sostenible económicamente.
- Establece responsabilidades y competencias al Gobierno en materia regulatoria en función del sistema de precios en toda la cadena de medicamentos.
- El sistema de salud, deberá promover redes de servicios que contengan las instituciones y recursos suficientes para atender a los ciudadanos en condiciones de oportunidad, calidad y eficiencia, con lo cual se espera reducir los tiempos de espera no sólo en la asignación de citas, sino en los tiempos de atención de los usuarios in situ.

En palabras del Superintendente Nacional de Salud Norman Julio Muñoz M, esta Ley trae consigo importantes cambios al sistema, resalta la ampliación de cobertura en términos de la garantía de aseguramiento a jóvenes entre los 18 a los 25 años -independiente de si se encuentran o no estudiando- y fortalece el papel de la entidad en materia de sanciones a operadores por ineficiencias en la prestación de los servicios.

Las críticas al modelo desarrollado en la Ley no se han hecho esperar, cuestionan al Gobierno por no ser un cambio radical del sistema y continuar con la intermediación financiera. Se pone en tela de juicio si el nuevo modelo tendrá la capacidad fiscal para soportar la prestación casi ilimitada de servicios o estará circunscrito a la capacidad de las instituciones para cumplir con la prestación de las inclusiones que establece la ley. ACEMI señala que el nuevo modelo no es sostenible financieramente.

Otro de los puntos críticos de la reforma, estriba en si se puede lograr la consolidación e institucionalización de mecanismos a través de los cuales los diferentes actores puedan lograr la coordinación y entendimiento, con fundamento en la garantía de la salud como un derecho, lo que implica desarrollos progresivos y esfuerzos conjuntos entre usuarios, Gobierno e instituciones.

Autores más críticos como Ahumada Farietta⁴²⁵, señalan que la Ley Estatutaria, a pesar de los condicionamientos y exequibilidades condicionadas realizadas por la Corte Constitucional, no frenan ni limitan los problemas generados por la intermediación en el actual modelo, sino que operan sobre la misma base, pero enfocándose en regular aspectos críticos en materia financiera, lo que conduce a que en la reforma se establezcan en la misma categoría los principios de la regla fiscal y la universalidad del derecho a la salud, es decir, el enfoque económico de la mano del enfoque político de derechos.

Un punto central en la postura de Ahumada tiene que ver con la influencia de los OEI en la reforma, por ejemplo, del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) con su préstamo condicionado por US\$250 millones para apoyar la reforma del sistema en aspectos como fortalecimiento institucional, administrativo, gestión de calidad de atención primaria y medicina preventiva; así como en la estructuración del Instituto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y la elaboración de procesos y metodologías de evaluación, en especial con la política farmacéutica⁴²⁶. La influencia de este tipo de organismos, según Ahumada, es tan amplia “como para dar una vuelta de reloj al sistema”, dando como resultado una propuesta demagógica que no se centra en la verdadera profundidad y complejidad de los problemas del sistema.

⁴²⁵AHUMADA FARIETTA, Juan. Pocas pero graves novedades en la Ley estatutaria del derecho a la salud. En: Deslinde, edición de 05/12/14. Edición digital. Disponible en internet: <http://deslinde.co/pocas-pero-graves-novedades-en-la-ley-estatutaria-del-derecho-a-la-salud/>

⁴²⁶Banco Interamericano de Desarrollo,(BID).Colombia profundizará reforma del sistema de salud con apoyo del BID.BIB.(08 Julio 2013). Disponible en internet: <http://www.iadb.org/es/noticias/comunicados-de-prensa/2013-07-08/colombia-profundizara-reforma-del-sistema-de-salud,10500.html>

El Plan Nacional de Desarrollo como salvavidas de la Ley Ordinaria.
Contradicciones con la Ley Estatutaria de 2015.

Luego de la sanción de la Ley Estatutaria de Salud (1751 de 2015) y en el marco de los debates sobre la promulgación del Plan Nacional de Desarrollo (PND) “Todos por un Nuevo País” (2014–2018), se generaron críticas provenientes especialmente del ámbito académico, centradas en la evidencia de incompatibilidades entre los contenidos de la Ley y del Plan en lo atinente a salud. Se encuentra una brecha entre dos visiones de salud: aquella que la concibe como un derecho y cuyos mecanismos de protección se definen en la Ley 1751, modulada por la Sentencia C-313 de 2014; y aquella visión que asume la salud dentro de un sistema de aseguramiento basado en el modelo de racionalidad económica del mercado, plasmado en el Plan Nacional de Desarrollo. Esta última concilia los intereses no solo del Gobierno Nacional sino también de los grupos de presión gremiales del sector nacional e internacional y de organismos económicos multilaterales como el BID o la OCDE.

Visto con mayor detalle, el debate se ha centrado en que el Gobierno Nacional incorpora su propuesta de reforma al Sistema de Salud en el Plan de Desarrollo, como respuesta a la no viabilidad de la Ley ordinaria en el Congreso y a las directrices que la Corte Constitucional definió para la Ley Estatutaria, las que transformaron radicalmente la propuesta inicial del Gobierno. En otras palabras, se evidencia cómo el Plan Nacional de Desarrollo se convierte en la herramienta del Gobierno Nacional para “legislar” sin tener que recurrir al Congreso, reformando con ello no sólo el ordenamiento jurídico, sino también soslayando los diversos condicionamientos de inexecutable que la Corte Constitucional ha definido en sus respectivas sentencias.

Este argumento, desarrollado por Álvaro Franco Giraldo⁴²⁷, señala que el Plan Nacional incluye temas objetados en la fallida Ley ordinaria, pero que por este medio se incluyen de manera soterrada. En el plan se define el modelo integral de atención en salud, en el cual se destaca el papel de las Gestoras de Salud (antes EPS), como intermediarias del sistema, ya sea en torno a la atención en un área geográfica específica o en las relaciones de financiamiento con el fondo “Salud mía”, e incluso las dinámicas de sostenibilidad de dichas EPS en el modelo propuesto, que evidencian a largo plazo la consolidación de estructuras monopólicas. Adicional a lo anterior, se prevé la progresiva desaparición de los hospitales públicos debido a problemas financieros que hacen evidente su inviabilidad futura hasta el punto que en el PND se referencian mecanismos de liquidación, lo que muestra cómo la visión de largo plazo no es su fortalecimiento sino su supresión, entre otros aspectos⁴²⁸.

De otra parte, Ulahy Beltrán López⁴²⁹, manifiesta que las bases del PND generan una contraposición con los contenidos normativos de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y también con los condicionamientos de la sentencia C313–2014, por cuanto en el PND el ejecutivo plantea una reforma al FOSYGA para garantizar un adecuado manejo y administración de los recursos financieros y del sistema de información propios del sector salud; sin abordar de manera radical los problemas de la intermediación financiera por parte de las EPS.

⁴²⁷FRANCO GIRALDO, Álvaro. Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: sigue la pugna por la reforma en salud. En: Alma Mater N° 641, abril. Universidad de Antioquia, Medellín, 2015: p. 23
Disponible en internet: http://issuu.com/periodicoalmamater/docs/alma_mater_641_web

⁴²⁸ “La crisis que se está presentando es producto de las deudas acumuladas por las EPS y los entes territoriales con los hospitales públicos (ESE) e instituciones privadas de salud”. TORRES-TOVAR, Mauricio. Crisis hospitalaria, ¿planificada? en Desde Abajo, año XXIII, No.216, agosto 20-septiembre 20 de 2015, p. 2-3

⁴²⁹BELTRAN LOPEZ, Ulahy. Plan Nacional de Desarrollo, ¿en contravía de la Ley Estatutaria de Salud? febrero, 2015. Disponible en internet: <http://ulahybeltranlopez.blogspot.com/2015/02/plan-nacional-de-desarrollo-en.html>

El estudio del articulado del PND relacionado con el tema de la salud, permite inferir cuatro aspectos fundamentales:

- Plantea una reforma sectorial dentro de un conjunto de medidas generales, sin el estudio de las Comisiones Séptimas del Congreso, que tienen constitucionalmente la competencia del análisis normativo y legislativo del sector.
- Según la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), es preocupante el tipo de reformas propuestas en el Plan, ya que evidencian que el tema de la salud y la seguridad social no son política de Estado, y no se tramitan como tales, sino que siguen siendo temas coyunturales de cada Gobierno pero no a largo plazo y que se han ido aplazado indefinidamente.
- No se presenta un cambio estructural del actual modelo de salud, ni en los aspectos críticos del sistema como son: el modelo de operaciones y de aseguramiento, el manejo y administración de los recursos, la orientación del sistema bajo un esquema no preventivo, la integración vertical y la falta de capacidad de los entes territoriales entre otros.
- Las medidas presentadas significan un retroceso con otros marcos normativos, en tanto representan la puesta en marcha del modelo de salud que se propuso en el proyecto de Ley 210 (Ley ordinaria de salud) cuyo trámite fue negativo en el Congreso.

Aunque el PND plantea algunas de las medidas contenidas en la Ley Ordinaria, es imperativo en una nueva discusión de Ley Ordinaria, estructurarla para que esté en consonancia con la Ley Estatutaria de Salud, que estableció la Salud como derecho fundamental y la necesidad de contar con los recursos financieros para su garantía.

La Ley de la regla fiscal no debe desconocer lo definido en la Ley Estatutaria, por tanto se seguirá presentando la discusión entre la garantía del derecho a la salud en un ESD y la sostenibilidad financiera de un sistema orientado por la racionalidad económica del mercado. El Gobierno se enfrenta a que tiene la obligación como Estado de garantizar el Derecho Fundamental a la Salud y a su vez, administrar los recursos para el funcionamiento del sistema acorde con lo definido por la regla fiscal.

CONCLUSIONES

Un sistema de salud debe tener en cuenta los siguientes aspectos: las relaciones sociales, el mercado laboral, la distribución de la riqueza, los sistemas de incentivos, el marco legal vigente y el debate político e ideológico⁴³⁰ y estar adecuado a las necesidades específicas de salud que tienen las poblaciones. Ningún sistema de salud puede ser “copiado”, puesto que cada país maneja complejidades diferentes. Así mismo, no existe un sistema de salud “puro”, en general predominan las formas mixtas o híbridas. Los principales modelos son: *Bismark*, de seguridad social en salud financiado de manera tripartita: obrero, patrón y Estado; *Beveridge* modelo financiado con impuestos generales, *Mercado Privado de Salud* financiado con recursos privados y seguros; *el Híbrido*, financiado con una mezcla público privada y de bajas coberturas, y por último *el Mixto Regulado*, basado en criterios de eficiencia, calidad y contención de costos pero con focalización de la población pobre y vulnerable.

El modelo de la Ley 100 en Colombia, sigue los lineamientos del “pluralismo estructurado”, o “mercado regulado” o “mixto regulado” o “cuasi- público”. Éste es un modelo neoclásico que pretende resolver los problemas del debate entre Estado o

⁴³⁰ *Ibíd.*, p.87, En: WORLD HEALTH ORGANIZATION (2007).Everybody’s Business: Strengthening Health Systems to improve health Outcomes: WHO Framework for Action. Geneva, WHO.

mercado en salud. Tiene como objetivo la regulación del servicio público de salud para permitir el acceso de toda la población en todos los niveles de atención. Se fundamenta en los principios de universalidad, equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, participación social e integración funcional, establecidos en los artículos 48, 49, 334 y 365 de la Constitución Política.

La Ley 100 de 1993 define las directrices del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales. En salud, la ley contempla trece propósitos⁴³¹: institucionalizar las empresas públicas, alcanzar la cobertura universal en los servicios asistenciales, crear el Régimen Subsidiado, incorporar al sector privado, fomentar la competencia y la libre elección, garantizar un Plan Integral de Salud, garantizar la Prevención y la Promoción, garantizar la atención de riesgos catastróficos, crear mecanismos de compensación y solidaridad, crear mecanismos de control de costos, reformar los hospitales, manejo descentralizado de la Salud Pública y de los subsidios a la demanda; además redefine el sistema de dirección y control.

En cuanto a la equidad en la igualdad de la calidad para todos, independientemente de la capacidad de pago, si bien, éste es un principio de la Ley, lo cierto es que al definir la prestación de los servicios se tradujo en una franca iniquidad por la expresa diferencia entre los regímenes tanto en coberturas de salud como en las condiciones de prestación, diferenciando los que tenían capacidad de pago (Régimen Contributivo) de los más pobres y vulnerables (Régimen Subsidiado).

El modelo de salud combina el esquema competitivo de los mercados de aseguramiento y provisión de servicios de salud con la regulación del Estado, a través de sus entes, estableciendo el precio y el producto que las aseguradoras públicas y

⁴³¹JARAMILLO, Iván. Op. Cit., El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993 cinco años después. p. 63-73.

privadas deben brindar a los usuarios⁴³². El mercado, que abarca los dos regímenes, creó como agentes a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) (-C para el contributivo y -S para el subsidiado), encargadas de promover y organizar la afiliación al sistema de seguridad social (cotizante y su grupo familiar), así como la administración del recaudo de las cotizaciones⁴³³; en el segundo mercado (provisión de servicios de salud), los proveedores, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS): hospitales, clínicas, centros de salud, centros médicos, consultorios particulares y demás, compiten por la venta de servicios a las aseguradoras, siendo responsables de prestar los servicios de salud en sus diferentes niveles a través de contratos con las EPS; éstas además actúan como compradoras de servicios de salud en representación de sus afiliados, seleccionando y negociando entre los proveedores –públicos o privados– la mejor combinación precio-calidad posible, de acuerdo con la oferta-demanda que se les presente. En este modelo la Salud Pública perdió relevancia al perder el Ministerio el manejo de esta política.

El esquema asegurador implementado le dio al sector privado, nacional e internacional, la posibilidad de organizar el “mercado de la salud” bajo premisas de racionalidad económica del mercado; con recursos públicos. El sector privado empezó a manejar la figura de asegurador, los usuarios se trasladaron a las nuevas empresas y abandonaron las tradicionales que como el ISS, presentaban problemas de pasivo prestacional.

Respecto a la financiación, la constitución de 1991 le dio respaldo político a la reforma en salud, garantizando los recursos a través de la descentralización de los fondos públicos para la salud y la asignación de recursos adicionales para la atención

⁴³² SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO. Informe motivado, Op. Cit., p. 23.

⁴³³ Las EPS reciben una prima (UPC), a cambio de la garantía de prestación del POS a los afiliados, quienes actúan como tomadores del servicio de aseguramiento en salud, y a su vez actúan como beneficiarios del mismo. El grupo familiar, si bien no actúa como tomador del seguro de salud, por cuanto no es cotizante, sí se constituye como asegurado y beneficiario de los servicios de salud.

de salud de la población más pobre y vulnerable, como también para la salud pública, prevención y atención primaria; se creó el FOSYGA como entidad encargada de administrar los recursos del sistema.

La implementación de la Ley 100 se ha visto afectada por un proceso político de más de dos décadas, con desacuerdos, retrasos e inconsistencias. Se podría afirmar que aún no existe en el país un consenso sólido sobre cuál sería el sistema de seguridad social que se requiere en el país, particularmente en lo que compete a la participación del Estado y los particulares en el aseguramiento y la prestación de servicios, así como, en la cobertura de riesgos y la búsqueda de equidad.

A lo largo de la implementación y desarrollo de la Ley 100, se han presentado una serie de dificultades para cumplir a cabalidad sus objetivos, en la medida en que se han encontrado obstáculos de índole estructural y funcional. Adicionalmente, se ha visto afectada por procesos políticos y macroeconómicos de más de dos décadas y una permanente presión fiscal en aras de garantizar su sostenibilidad financiera

Las reformas han estado rodeadas de inestabilidades jurídicas, políticas y administrativas concentradas en los temas relativos al Régimen Subsidiado y la situación de los hospitales públicos; mientras que en el Régimen Contributivo ha existido una estabilidad relativa, aunque con preocupación porque no se han alcanzado los supuestos de afiliación. En el Régimen Subsidiado ha existido un aumento de cobertura sostenido en los últimos años y creciente aumento de las discusiones en torno al tamaño de las administradoras, la cuota de contratación con hospitales públicos, la suficiencia en el valor de la UPC, y las fuentes de financiación para sostener el aumento de cobertura, entre otros.

Durante el gobierno Gaviria, en la Asamblea Nacional Constituyente se discutía cómo debería ser la política social en el nuevo marco constitucional que se

iniciaba en 1991. En el Congreso se tramitaron proyectos sobre pensiones y salud con el Senador Álvaro Uribe, entre otros, como ponente. El Gobierno hizo acuerdos que le permitieron que en la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993 quedaran consagrados los lineamientos de la reforma integral al sistema de seguridad social colombiano.

El Gobierno Samper iniciaría la implementación de esta Ley con la expedición de los decretos reglamentarios correspondientes. En este período se diseñó el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) para la focalización de los recursos dirigidos a los usuarios del Régimen Subsidiado, con un importante compromiso de recursos para desarrollar el sistema.

El Gobierno Pastrana sufrió el impacto de la crisis económica internacional que afectó el crecimiento económico del país y el gasto público social. En salud, se mejoró la competencia entre los diferentes agentes, y se dio viabilidad financiera al SGSSS, mientras se consolidaban las EPS.

El Gobierno Uribe buscó generar confianza para la inversión extranjera, la creación de empresas e incremento en el nivel de empleo. Su estilo de gobierno afectó el equilibrio de poderes arriesgando los principios de la democracia. En salud, se enfocó en reivindicar el modelo de aseguramiento que él mismo había propuesto, generando acciones para cumplir con las metas de cobertura universal y apoyo a la financiación, especialmente al Régimen Subsidiado, fortaleció el papel de las EPS como intermediarias y dio libertad de precios de los medicamentos e insumos.

En los periodos presidenciales de Uribe se efectuaron un sinnúmero de proyectos de reforma y dinámicas de transformación de la institucionalidad existente en el sector salud: reformas institucionales (2002), reformas a la Ley 715 de 2001

(2004), Ley 1122 de 2007 y otras al amparo de la emergencia social (2009) - declarada inexecutable con salvedad de los decretos referentes a recursos-.

Con la agudización de la crisis por los problemas financieros debidos, entre otras cosas, al aumento en la demanda, los cobros por servicios NO POS y por acciones de tutela, y como consecuencia de los problemas acumulados por el no cumplimiento del derecho a la salud, jurisprudencialmente se conoció la Sentencia T-760 en 2008, que definió la salud como un derecho fundamental, reconoció las iniquidades del sistema y ordenó una serie de medidas para que el ejecutivo corrigiera algunos problemas estructurales del SGSSS; lo que propició la generación de reformas para generar recursos adicionales y cumplir con lo ordenado en la sentencia.

El Gobierno Santos, se ha centrado en tres ejes: crecimiento y competitividad, igualdad de oportunidades y consolidación de la paz. Con relación al tema de salud, ha realizado importantes ajustes para hacer viable el SGSSS sin cambiar el modelo: entrega de recursos adicionales a hospitales públicos, control a los precios de los medicamentos, intervención a algunas EPS, unificación y actualización de los planes obligatorios de salud para los dos regímenes, creación del Ministerio de Salud y Protección Social (a donde pasa las funciones de la CRES) y mejora las funciones de inspección vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

Ante la persistencia de los problemas en salud se presentan al Congreso, en 2013, los proyectos de ley No.209 (Ley Estatutaria) convertido en la Ley 1751 de 2015 y el 210 (Ley Ordinaria) que fue negado, por lo que sus propósitos fueron incorporados al Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

Se reafirma que el “Sistema de Salud” debería satisfacer completamente las exigencias del “derecho a la salud”, pero esto no siempre es posible, lo que conduce a

que se presenten tensiones entre “el ‘Sistema de Salud’ (tal y como quedó diseñado en la Ley 100 de 1993 que obedece a la racionalidad económica del mercado) y el ‘derecho a la salud’ (tal y como ha sido interpretado por los jueces constitucionales a partir de la Constitución, la sentencia T-760 de 2008, la Ley Estatutaria de Salud y de documentos internacionales): Por lo anterior, es importante seguir el proceso de discusión sobre el tipo de sistema de salud que requiere Colombia para responder a la necesidad de salvaguardar el derecho fundamental a la salud. Lo anterior hace parte de los principios de una democracia real.

En las páginas anteriores se buscó analizar los factores jurídicos, políticos y económicos en que él se ha desarrollado el sistema de salud en Colombia, en particular, el derecho a la Salud.

IV. ASPECTOS CRÍTICOS DEL SGSSS. ENTRE LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA Y LA GARANTÍA DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD

“En Colombia se implantó en 1993 una reforma del sistema de salud fundamentada moralmente en la doctrina liberal y orientada a incrementar los mecanismos del mercado en el sector de la salud. Aunque la reforma se promovió como un mecanismo necesario para resolver los problemas del sector y especialmente para atenuar las inequidades que golpeaban con mayor fuerza a los más pobres, esta promesa no se cumplió y algunas inequidades incluso se acentuaron”.

Luz Stella Álvarez

El propósito de esta parte del trabajo es reflexionar sobre algunos de los aspectos críticos que ha tenido el Sistema de Seguridad Social en Salud (SSSS) y evidenciar aspectos de la crisis estructural que atraviesa, así como las consecuencias sociales, financieras y de exclusión que se han generado en la sociedad colombiana por la agresiva incorporación en el sector salud de esquemas de aseguramiento, agentes privados y la competencia económica de esos actores. Situación que se ha visto agravada en la práctica por la falta de regulación y control por parte del Estado, como garante de los derechos sociales, sobre estos agentes.

Como se ha dicho, la reforma de la Ley 100 de 1993 definió tres objetivos: alcanzar una cobertura de atención básica para toda la población, aumentar la efectividad en el uso de los recursos, y mejorar la calidad de la atención, los que se alcanzarían con una estrategia de aseguramiento obligatorio y solidario e integrado a través de un proceso de descentralización de la prestación de los servicios de salud.

Con ello se dio un vuelco en la forma de prestar los servicios de salud al incorporar el aseguramiento y crear las condiciones para que la racionalidad del mercado llegara al sector. Con el paso del tiempo, el mercado terminó capturando al Estado y éste dejó de tener el control sobre la rectoría, la modulación, la regulación y la inspección, vigilancia y control del sistema. Las distintas intervenciones hechas al sistema no han resuelto el problema central y cumplir con los fines sociales del Estado sin afectar la sostenibilidad financiera del mismo.

Romero Tobón⁴³⁴ se centra en analizar los problemas subyacentes al dilema entre sostenibilidad fiscal y accesibilidad en salud. Existe una corriente que analiza el problema de la sostenibilidad financiera del modelo de salud, a la luz de lo que llaman el activismo judicial, los jueces no contemplan los impactos financieros que sus decisiones puedan generar sobre el sistema, en particular en el denominado NO POS. Adicionalmente, las condiciones del mercado de aseguramiento han cambiado y algunas EPS no cumplen con los requisitos que avalan un funcionamiento deseado. Esto confronta dos visiones fuertes y contrarias: la visión de la accesibilidad versus la visión de la sostenibilidad, la primera alude a la garantía del derecho, la segunda a la visión de la rentabilidad de los agentes articuladores involucrados.

Los elementos puestos en consideración, evidencian la existencia de diferentes perspectivas sobre las que los gobiernos edifican las acciones a desarrollar en el marco de la política económica y fiscal y sus posibles consecuencias derivadas principalmente de la primacía que se da a un eje del debate, la sostenibilidad financiera, por encima del otro eje, la garantía efectiva de los derechos. En el caso del SGSSS se traducen en cuestiones como el acceso real al sistema, la satisfacción real de los usuarios, o la autonomía médica, condicionados a la búsqueda de mayores

⁴³⁴ROMERO TOBÓN, Juan Fernando. Encrucijadas en materia de acceso a la salud. Una exploración del caso colombiano. Trabajo de presentado como requisito para optar al título de Magister en Derecho Constitucional. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Derecho, 2013: 157 p.

flujos de recursos financieros para el sistema, búsqueda amparada en un marco fiscal que condiciona no sólo las acciones del Estado, sino también de los otros poderes públicos, teniendo en cuenta, que si bien la Sentencia T-760 de 2008 elevó a derecho fundamental autónomo el derecho a la salud, también se deben considerar los efectos que la regla fiscal ha imprimido en la capacidad de otros actores al constituirse con rango de constitucionalidad, el derecho a la sostenibilidad fiscal, y con él la regla fiscal como instrumento para alcanzar dicho derecho, se subordina la garantía jurídica de la salud, en función de las necesidades de estabilidad fiscal, promovidas no por un Gobierno nacional, sino por los organismos económicos internacionales.

Krugman⁴³⁵ analiza que el principio de racionalidad económica configura un paradigma de la economía neoclásica que deviene en el deterioro de la democracia, o más propiamente en un declive del Estado Social de Derecho: el argumento pro austeridad se traduce en un supuesto paradójico: mientras propugna por la progresiva minimización del aparato Estatal, también genera presiones para que el Estado asuma funciones en áreas en las cuales el mercado no tiene incentivos de actuación. Esto además se acompaña de una reducción de la capacidad de las autoridades de control, vigilancia y regulación para ejercer sus funciones sobre aquellas actividades en las cuales el mercado sí participa. El resultado de este supuesto, se traduce en la forma en que son determinadas las políticas sociales a partir de los mecanismos de las políticas fiscales, ya que estas últimas al enfatizar en la austeridad, establecen las prioridades del Gobierno en materia social.

Se puede apreciar, desde este autor, que las reformas financieras significan condicionamientos de la ortodoxia económica para que el Estado reduzca su déficit

⁴³⁵Krugman, Paul. *End This Depression Now*, Oxford, Oxford University Press, 2012. En: Vela Orbezo, Bernardo. *El Ombudsman, una reflexión sobre lo público, la democracia y el interés general en los complejos y cambiantes contextos de la sociedad contemporánea*. Documento consultado en 2014. [En proceso Editorial].

fiscal a partir de la reducción del gasto público, aduciendo que éste es el elemento generador de las crisis, sin embargo, la crítica de Krugman muestra que este supuesto es una falacia dado que economías como la norteamericana, hacia mediados de 2007, promovieron el gasto público como mecanismo de recuperación económica, con base en la relación: mayor gasto igual o mayor producción y mayores niveles de empleo, dando como resultado un mayor crecimiento real del PIB. Su crítica muestra que la reducción del gasto es en sí misma determinante de la crisis en la medida en que si bien se reducen los niveles de déficit, dicha reducción no implica tampoco la generación de desarrollo, y menos aún de mejoramiento de la calidad de vida, en especial de aquellos estratos con menor capacidad adquisitiva, e incluso de la población flotante.

El compromiso de la Ley 100 de 1993 era alcanzar una cobertura del 100%* en afiliaciones al SGSSS en el 2000⁴³⁶, lo que sería posible a través de las transferencias de la Nación a las entidades territoriales⁴³⁷ y de los aportes de las empresas y de los trabajadores formales e independientes**. Ahora bien, es evidente que al presentarse una contracción del trabajo formal⁴³⁸, los aportes de trabajadores y empresarios a la seguridad social disminuyan, con lo que se produce un desequilibrio

⁴³⁶CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. Inclusión y exclusión social en Colombia: educación, salud y asistencia social, Informe Social, 2008, p. 26, Disponible en internet: http://www.contraloriagen.gov.co/c/document_library/get_file?p_l_id=25611&folderId=14549089&name=DLFE-20615.pdf, Consultado el 24 de octubre de 2010.

* Se definió el desarrollo progresivo del sistema poniendo como plazo límite el año 2000 (Ley 100 de 1993, art. 157) para que todos los habitantes del territorio nacional fueran asegurados y accedieran al Plan Obligatorio de Salud (POS).

⁴³⁷ ZAMBRANO RAMÍREZ, Mauricio. Aspectos críticos en la Política de Salud. Instituto Del Pensamiento Liberal “Alfonso López Michelsen”. “Colombia”, Vol. 1, documento de trabajo, junio de 2009, p. 75-92.

** Para el año 2010 se destinó un 7.3% del PIB para una población de 43 millones de habitantes (DANE-DNP).

⁴³⁸ Ibíd. En 2010 la tasa de desempleo fue superior al 11.4% (DANE-DNP).

en los ingresos destinados al sector; de hecho, actualmente el Régimen Subsidiado cuenta con más afiliados que el Régimen Contributivo⁴³⁹.

El componente asegurador de la salud ha sido regulado por la Ley 100, con su extensa reglamentación⁴⁴⁰, y mediante modificaciones introducidas en función, entre otros, de los ajustes ordenados por la Corte Constitucional⁴⁴¹⁻⁴⁴²⁻⁴⁴³, algunos de los cuales se han incorporado en Leyes y Decretos. Se hace necesario poner en evidencia otra deficiencia central del sistema: la multiplicidad de actores y la complejidad de los procedimientos a los cuales tiene que enfrentarse el ciudadano para acceder a los servicios de salud, lo que conduce a que el derecho a la salud, consagrado en la Constitución Política de 1991 en consonancia con el Estado Social de Derecho y con la adopción de los acuerdos internacionales de derechos económicos, sociales y culturales⁴⁴⁴, sea observado con precariedad, por lo que a menudo los afiliados a los diferentes regímenes de salud se ven obligados a recurrir a la acción de tutela para ser atendidos, no sólo a lo referido por enfermedades de alto costo (consultas, cirugías, medicamentos o tratamientos), sino que en ocasiones se ha tenido que utilizar para reclamar por procedimientos y medicamentos incluidos de manera explícita en el

⁴³⁹ Esto se explica con el análisis de la generación de empleo y la distribución de los ingresos (Gini de 0,578% para Colombia en 2009, según la CEPAL). ZAMBRANO RAMÍREZ. Aspectos críticos en la Política de Salud, Op. Cit., p. 24.

⁴⁴⁰ ARROYAVE ZULUAGA, Iván Darío. La organización de la salud en Colombia, Medellín, Hospital Universitario “San Vicente de Paúl”, 2009, p. 62, Disponible en internet: www.periodicoelpulso.com, Consultado el 13 de febrero de 2010.

⁴⁴¹ CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia T-760 de 2008, M.P.: Manuel José Cepeda Espinosa, Disponible en internet: http://www.pos.gov.co/Documents/SENTENCIA_T_760_2008.pdf, Consultado el 23 de octubre de 2010.

⁴⁴² CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia C-463 del 14 de mayo de 2008, M.P.: Jaime Araujo Rentería, Disponible en internet: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=30887>, Consultado el 23 de octubre de 2010.

⁴⁴³ CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia T-006 de 2008, M.P.: Mauricio González Cuervo, Disponible en internet: <http://www.sututela.com/jurisprudencia/sentencia-de-tutela-t006-de-2008-t-006-08>, Consultado el 23 de octubre de 2010.

⁴⁴⁴ Para una mayor ilustración sobre este tema, se recomienda consultar el capítulo 1 del siguiente documento. PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN. 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 de salud. Bogotá. DEJUSTICIA. Mayo de 2008.

propio POS. Otras de las situaciones que explican el frecuente recurso a la acción de tutela son los vacíos en cuanto a la definición de las coberturas del Plan Obligatorio de Salud y la falta de actualización integral de las tecnologías usadas en los tratamientos⁴⁴⁵, lo cual hace parte de la problemática estructural de salud.

De otra parte, dentro del análisis que hicieron varias instituciones académicas conjuntamente con la Procuraduría, la delegada para la prevención en materia de derechos humanos de esta entidad, Patricia Linares, expresó que “El sistema de salud colombiano está soportado sobre estructuras económicas y no sobre un marco de derechos, lo que lo convierte en inequitativo y excluyente” y que si bien el sistema que se adoptó en el país, a partir de la Ley 100 de 1993, registró logros “como un aumento considerable del gasto público en el sector y mejoras importantes en términos de aseguramiento y atención de los más pobres”, se presentó un estancamiento, y aún “subsisten serios problemas de inequidad, universalidad y calidad del servicio de salud”⁴⁴⁶, situación que aún sigue siendo válida.

Aunque los pronunciamientos de la Corte Constitucional a lo largo de estos años han sido vitales para evitar el colapso del Sistema, no han sido suficientes para encontrar la salida a la crisis; ya se habían identificado falencias en materia de acceso real y vacíos en torno a la regulación estatal, factores que, entre otros, se convirtieron en barreras de acceso a los servicios de salud. Así las cosas, podía verse cómo los problemas del sistema estaban asociados a una base teórica, y la Sentencia T-760 de 2008 marcó un hito en la historia del sistema de salud, con ella la Corte conminó al Gobierno a implementar medidas que garantizaran el acceso a la salud como derecho,

⁴⁴⁵RAMÍREZ MORENO, Jaime. La emergencia social en salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, 2010, p. 124-143, Disponible en internet: http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol_9_n_18_supl/ponencia_panel_4.pdf, Consultado por última vez el 18 de octubre de 2011; el documento fue revisado en sus versiones anteriores a partir del 10 de febrero de 2010.

⁴⁴⁶El tiempo, 21 de agosto de 2008. Disponible en internet: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-3061969>. Consultado el 21 mayo de 2015

y se diera la igualación del POS en función de un enfoque igualitarista basado en la salud como generador de bienestar social asociado a tres niveles de actuación: condiciones de salubridad y de los servicios de salud, garantía de los derechos y acceso a servicios.

Las acciones del gobierno se han dirigido, en gran parte, a dar cumplimiento a las directrices de la Corte Constitucional con el incremento de la cobertura del Régimen Subsidiado, la homogeneización de los Planes Obligatorios de Salud, la Política de Salud Pública y las reformas de las instituciones del sector, dejando de lado las serias deficiencias evidenciadas en el sistema asegurador, el acceso y la baja calidad en la prestación de los servicios⁴⁴⁷, así como la falta de continuidad en materia de Política de Salud Pública, que antes de la Ley 100 era considerada eficiente, según expertos de la Organización Panamericana de Salud⁴⁴⁸.

Ahora bien, otro de los problemas asociados al actual sistema y que ninguna reforma ha buscado resolver es la fragmentación, que según la OMS/OPS está ocasionada por:

“(…) la segmentación del sistema de salud; la descentralización de los servicios de salud que fragmenta los niveles de atención; el predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas; la separación de los servicios de salud pública de los de atención a las personas; el modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado agudo y el manejo intra-hospitalario; la debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria; problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos; y culturas organizacionales

⁴⁴⁷FERNÁNDEZ, Carlos Francisco. Faltó Estado en la regulación de la Salud. Entrevista a Mirta Roses, directora de la Organización Panamericana de la Salud, en El Tiempo, 3 de junio de 2011, Disponible en internet: http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/ARTICULO-WEB-NEW_NO_TA_INTERIOR-9536948.html, Consultado el 12 de junio de 2011.

⁴⁴⁸CEPAL. Las reformas de Salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social, Mesa-Lago, Carmelo (ed.), Santiago de Chile, Naciones Unidas, diciembre de 2005, p. 39-278, Disponible en internet: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/24058/LCW63_ReformasSalud_ALC_Indice.pdf, Consultado en junio de 2010

contrarias a la integración. Pero, en conjunto, el mercado cumple la función “fragmentadora” por su afán de individualización”⁴⁴⁹.

Para Óscar Rodríguez⁴⁵⁰ en la crisis del sistema incidieron tres problemas: el incremento de la cobertura en el Régimen Subsidiado asociado, entre otros factores, a los problemas de generación de empleo formal; limitaciones de corte presupuestal asociados a la disciplina fiscal promovida por el Gobierno Nacional; los problemas asociados a las debilidades en los sistemas de control y seguimiento en contradicción con una cultura propicia en el clientelismo y la corrupción.

Con referencia al problema de la financiación del SGSSS, alude a que si bien se hicieron incrementos en el gasto público a finales de 2009 y comienzos de 2010, en parte se debieron a criterios de corte populista y clientelar asociados a la contienda presidencial, tendencia que no fue propia de ese período sino que se observa desde la creación del SGSSS. Sin embargo, el problema central sería la tendencia a aumentar el gasto a partir de procesos de endeudamiento y no vía impuestos, lo que propicia los procesos de financiarización de la salud en el país.

De otra parte, la entidad que agrupa a las aseguradoras de salud en Colombia: Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), como actor gremial, hace la lectura de la crisis del sector indicando que los problemas del sistema han sido generados por el sector público y más propiamente por el Estado, y que su situación tiene origen en fallas regulatorias por acción y por omisión, las que han llevado a un deficiente comportamiento de los demás actores del sistema.

⁴⁴⁹ FRANCO-GIRALDO, Álvaro. Ley 1438 de 2011: Entre Superflua y Disuasiva. Op. Cit., p. 3-5

⁴⁵⁰ RODRÍGUEZ, Óscar. Colombia. La crisis del sistema de salud”. En: *Le Monde Diplomatique*; edición digital N° 115 (6 de septiembre); 2012. Disponible en internet: <http://www.eldiplo.info/portal/index.php/component/k2/item/227-colombia-la-crisis-del-sistema-de-salud>. Consultado el: 28 de mayo de 2015.

El estudio realizado por ACEMI en el 2012⁴⁵¹, señala que durante los más de 20 años de existencia del SGSSS, se han experimentado una serie de presiones de carácter endógeno y exógeno que han incidido en su progresiva transformación. Los cambios demográficos debidos al crecimiento y envejecimiento de la población, el impacto de la transición epidemiológica, la carga de la enfermedad, el aumento en el uso de servicios por persona y cambios del modelo en sí, tales como la evolución de la salud entendida como derecho, el POS judicial, los recobros NO POS, la ampliación de tecnologías y medicamentos de alto costo, la proliferación normativa, y los cambios en el uso de servicios hospitalarios, entre otros, han modificado no sólo la estructura de la demanda de los servicios, sino también el equilibrio de rentabilidad en varios de los mercados coexistentes al modelo de aseguramiento (servicios médicos, medicamentos, servicios de transporte).

A continuación se presenta una reflexión sobre la sostenibilidad financiera del sector, los aspectos relevantes en cuanto a cobertura y acceso, el impacto de la acción de tutela en el sector, los fallos del Estado y del mercado y la situación de Salud Pública en Colombia y su incidencia en el derecho fundamental de la salud.

A. LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA Y LA REGLA FISCAL AFECTAN EL DERECHO A LA SALUD

En Colombia permanentemente se habla sobre la crisis financiera del SGSSS, por lo que se hace indispensable identificar los problemas que lo afectan, tanto a nivel macro como al interior del sistema, para determinar si el Estado puede garantizar el cumplimiento de los fines sociales en un ESD, en el campo de la salud.

⁴⁵¹ARIAS RAMÍREZ J., PAREDES CUBILLOS, N., SANTOS, A.C., DUARTE, J. Dos décadas del Sistema de Seguridad Social en Salud: Desarrollo, Crisis y Soluciones. Ángela Hernández Toledo (Edit.); Bogotá, ACEMI, 12º p.

La sostenibilidad ha sido uno de los temas críticos, la respuesta del Gobierno se ha dado con diferentes ajustes para obtener mayores recursos adicionando fuentes de financiación y distribución e imponiendo reglas que contrarresten las iniquidades - caso integración vertical.

A continuación se presenta el esquema de financiación, ajustado después de la inexequibilidad de la emergencia económica y social de 2009 y la composición actual del gasto del SGSSS, para después profundizar en el debate sobre la sostenibilidad financiera, la regla fiscal y el derecho a la salud.

1. Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud posterior a 2009

El Régimen Contributivo se financia con los recursos de las cotizaciones de empleadores y trabajadores dependientes, trabajadores independientes, pensionados y madres comunitarias. También son recursos de este régimen las cuotas moderadoras y copagos pagados por los afiliados al momento de recibir servicios de salud. Las cotizaciones pertenecen al FOSYGA pero son recaudadas por las EPS (delegación Ley 100/93); con un porcentaje de estos recursos se conforma la subcuenta de compensación de donde se paga a las EPS la denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC), que cubre los costos incluidos en el POS. En este Régimen deben quedar afiliados, obligatoriamente, las personas que tengan empleo –dependiente o independiente- y quedarán adcritos a una Empresa Promotora de Salud (EPS):

Tabla 8. Cotización según Afiliación

Afiliado	Porcentaje de cotización
Los trabajadores del servicio doméstico (jardineros, conductores, empleadas del servicio doméstico, entre otros).	12.5% sobre el ingreso base de cotización
Las madres comunitarias y su núcleo familiar.	4% sobre la bonificación del ICBF
Los empleados dependientes de un patrono.	4% sobre el ingreso base de cotización
Los empleadores o patronos.	8,5% pagado por el empleador, modificado por la Ley 1607 de 2012
Los trabajadores independientes.	12.5%
Los jubilados o pensionados.	12% sobre su ingreso
Los servidores públicos.	4% sobre el ingreso base de cotización

Fuente: elaboración propia, con base en datos de los Informes del CNSS, Población total, Proyecciones DANE, Estimaciones 1985-2005 y Proyecciones 2006-2020.

Diversos estudios han señalado que “existe un estrecho vínculo entre la estructura de ocupación y el mercado laboral y los flujos de financiamiento del régimen contributivo” lo que influye en el aseguramiento en salud. De ellos se ha encontrado que el número de trabajadores formalmente activo, el nivel del salario de la población afiliada, la capacidad del estado para detectar la evasión y la elusión y el comportamiento y calidad del empleo en el país, son variables intimamente relacionadas y determinan la variación en los ingresos por cotizaciones.

El Régimen Subsidiado antes de la Ley 1438 de 2011 se ejecutaba mediante contratos de administración de recursos entre las entidades territoriales y las EPS; los recursos eran fiscales, de cofinanciación del FOSYGA, de esfuerzo propio municipal y departamental, y demás fuentes que cofinanciaban el régimen. Después de la anterior Ley se suspendieron los contratos de aseguramiento entre entidades territoriales y EPS (éstas pueden realizar las afiliaciones de potenciales beneficiarios, con el fin de lograr la cobertura universal).

En desarrollo de la Ley 1607 de 2012, se creó el impuesto sobre la renta para la equidad (CREE) que sustituye las contribuciones parafiscales de las empresas con

trabajadores contratados y modificó la estructura de financiamiento del SGSSS. La tarifa del CREE sería del 9% para los años 2013, 2014 y 2015, a partir del 2016 la tarifa será del 8%. Este porcentaje se distribuirá de la siguiente manera: 2.2 puntos con destino al ICBF, 1.4 puntos al SENA y 4.4 puntos al SGSSS. En algunos casos el 8.5% de la cotización a seguridad social por parte del patrono se sustituirá con el CREE⁴⁵².

Durante el debate de reforma tributaria, en la cual se aprobó el punto adicional al CREE, presentado por el Senador Eugenio Prieto, éste expresaba que

“si bien desde el pasado hemos venido señalando que el problema del Sistema General de Seguridad Social en Salud es profundo y estructural, reconocemos la necesidad de plantear estrategias de avance en la vía de reconocer el derecho a la salud como un derecho fundamental, tal como lo ratificó la sentencia T-760 de 2009 [sic] – al señalar que el acceso, atención y beneficios de los servicios de salud son un derecho que se debe garantizar a todos los colombianos, y esperamos que estos recursos sean invertidos de manera adecuada para este fin”⁴⁵³.

El 1% adicional aprobado para el CREE se debía distribuir en tres asuntos problemáticos: “40% para financiar el aumento de cobertura en educación superior a través de las Instituciones de Educación Superior Públicas, 30% para la unificación

⁴⁵²Beneficio de cotización de aportes en salud CREE - Ley 1607 de 2012 (Reforma tributaria). Esta ley tiene por objeto la formalización de los aportes para las empresas con dos empleados o más y cuyos salarios sean menores o iguales a 10 SMMLV. Las empresas que se acojan a este beneficio solo cotizarán en salud el 4% correspondiente al valor asumido por cada cotizante, el 8.5% restante lo incluirá el patrono en su declaración de renta. Esta situación no afecta a los cotizantes y sus grupos familiares y no afecta en nada la prestación de sus servicios y derechos como afiliados del sistema de salud. Se excluyen de este beneficio: pensionados, madres comunitarias, SGP (hospitales), independientes y aprendices Sena. Se aplica únicamente para: Dependiente, Servicio Doméstico, Funcionario público sin tope máximo de Ingreso Base de Cotización (IBC), Estudiante (régimen especial Ley 789 2002), Profesor de establecimiento particular, Dependiente de entidad o universidad pública con régimen especial en salud, Miembro de carrera diplomática, consular de un país, Dependiente de empleo de emergencia. Aplica a partir del 1 de enero de 2014.

⁴⁵³Universidad de los Andes. El punto adicional al impuesto CREE será destinado exclusivamente a inversión social Congreso visible.org Bogotá, 19 dic 2012. Disponible en internet: <http://congresovisible.org/agora/post/el-punto-adicional-al-impuesto-cree-sera-destinado-exclusivamente-a-inversion-social/4626/>

de los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, y 30% para el sector agropecuario” en forma temporal para las vigencias 2013, 2014 y 2015, después del 2015 la tarifa será del 8%.

Igual a los recursos del Régimen Contributivo, los recursos del Subsidiado dependen de la evolución de la economía, pues como se dijo anteriormente los ingresos provienen de impuestos que soportan las transferencias y al mecanismo de solidaridad, de los aportes de empleadores y trabajadores. “Gran parte de los recursos del Régimen Subsidiado, confluyen en el mecanismo de recaudo y giro, creado en virtud del art.31 de la Ley 1438 de 2011 que opera en el FOSYGA. Estos recursos son liquidados según la población afiliada, a nombre de las entidades territoriales, con giro directo a las EPS y a las IPS.”⁴⁵⁴

La composición de los recursos según niveles de administración y sus fuentes u orígenes y destinación de los mismos es⁴⁵⁵:

Por recursos nacionales:

- un punto cinco (1.5%) de la cotización de los regímenes especiales y de excepción y hasta uno punto cinco (1.5%) de la cotización de los afiliados al Régimen Contributivo;
- recursos de las CCF, provenientes del 5% de los recaudos del subsidio familiar que administra o del 10% de los recaudos del respectivo, para aquellas Cajas que obtengan un cociente superior al 3%;
- recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN) que a partir del monto asignado para el año 2010, se requieran de manera progresiva para la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios, una vez aplicadas las demás fuentes que financian el Régimen Subsidiado.

⁴⁵⁴COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, Boletín Cifras del Sector. Boletín N°1, Noviembre –Diciembre de 2013.Disponible en internet: <http://www.minisalud.gov.co/proteccionsocial/Financiamiento/Paginas/home-financiamiento.aspx>. Consultado El 21 de Mayo 2015.

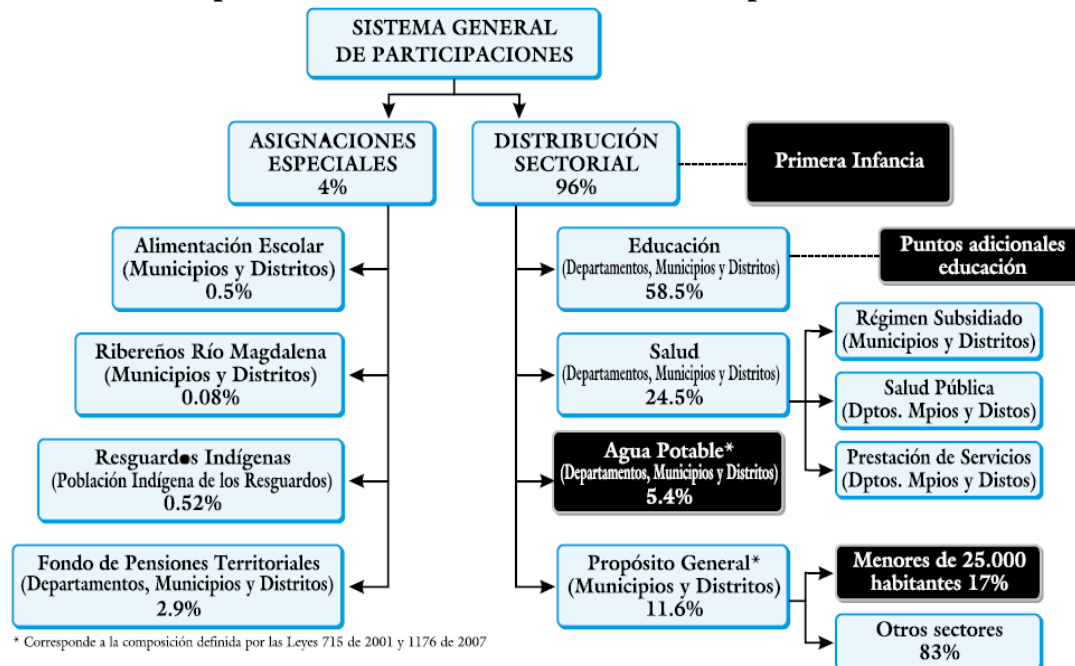
⁴⁵⁵Ibíd.

- IVA a la cerveza y juegos de suerte y azar incorporados en la Ley 1393 de 2010.

Por recursos de las entidades territoriales:

- Los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) para salud (24.5%), de los cuales el 65% se destina al Régimen Subsidiado, el 10.1% para acciones en salud pública y el restante 24.9% para la Población Pobre No Asegurada (PPNA). Para el 2015, a más tardar, los recursos destinados para el Régimen Subsidiado serán transformados hasta que corresponda al 80%, manteniéndose en el 10% para salud pública (Art. 44 de la Ley 1438 de 2011). En tal sentido, los recursos a transformar por las entidades territoriales no podrán ser inferiores a 45% ni superiores a 90%.

Gráfico 6. Composición del Sistema General de Participaciones⁴⁵⁶



Fuente: DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Orientaciones para la programación y ejecución del Sistema General de Participaciones 2009, Bogotá, 2009, p. 15.

⁴⁵⁶ DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Orientaciones para la programación y ejecución del Sistema General de Participaciones 2009, Bogotá, 2009, *Ibíd.*, p. 15.

- Recursos provenientes de la explotación del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar y los transferidos por COLJUEGOS (antes ETESA) a las entidades territoriales que no estén asignados a pensiones, funcionamiento e investigación, los cuales son girados directamente a la cuenta maestra del Régimen Subsidiado de la entidad territorial y se contabiliza como esfuerzo propio territorial a través del mecanismo del giro directo.
- De las rentas cedidas⁴⁵⁷ destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinará por lo menos el 50% a la financiación del Régimen Subsidiado, recursos que se contabilizarán como esfuerzo propio territorial.
- Otros recursos propios de las entidades territoriales que destinen o lleguen a destinar para la financiación del régimen.

Otro recursos:

- Rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el Régimen Subsidiado.
- Recursos generados por las Leyes 1393 de 2010 y 1438/2011 como se había descrito anteriormente.

La estructura del financiamiento del sistema de salud basada en la Ley 100 de 1993 se conserva como tal, pero con algunas modificaciones dadas por las Leyes 1122 de 2007, 1393 de 2010, 1438 de 2011, 1607 de 2012, 1530 de 2012 (art. 145 Disminución de Regalías), 1608 de 2013⁴⁵⁸, 056 de 2015 (Funcionamiento Subcuenta ECAT, SOAT-FOSYGA) y Decreto-Ley 19 de 2010- cap.VIII (Trámites,

⁴⁵⁷Definidas en la Ley 60 de 1993 como aquellas provenientes de impuestos nacionales cedidos en su recaudo y administración en beneficio de los departamentos y con destinación específica a salud, concretamente los impuestos a la venta de licores y cerveza, a ganadores de lotería, utilidades por venta de lotería foráneas y utilidades de sorteos y apuestas. *Ibíd.* p. 9

⁴⁵⁸La subcuenta de garantías para la salud – FOSYGA se creó mediante el Decreto 4107 de 2011 para apoyar entidades en situación de iliquidez, mediante la Ley 1608 de 2013 y la Res. 3239 de 2013 se establecen las condiciones para la compra de cartera directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Procedimientos Y Regulaciones del Sector Administrativo de Salud y Protección Social).

Según el estudio sobre las fuentes de recursos del Ministerio de Salud y Protección Social, éstos han presentado el siguiente comportamiento desde el 2010:

Tabla 9. Fuentes de recursos del SGSSS

(millones de pesos constantes, 2013=100)*					
Fuentes	2.010	2.011	2.012	2.013	Distribución promedio 2010-2013**
Cotizaciones	14.307.930	15.359.455	16.593.468	17.455.344	52,2%
Otros ingresos incluyendo rendimientos financieros	420.802	334.785	1.124.576	443.379	1,9%
Cajas de compensación familiar	256.945	483.027	361.616	539.879	1,3%
Sistema general de participaciones (SGP)	5.826.003	5.874.896	6.097.472	6.405.830	19,9%
Rentas cedidas y recursos territoriales (Ley 1393 de 2010)	1.144.608	1.128.685	1.404.888	1.437.112	4,2%
Subcuenta ECAT (SOAT) - FOSYGA	944.167	984.755	907.687	940.744	3,1%
Subcuenta de garantías para la salud (Ley 1438 de 2011)	-	-	131.785	130.000	0,0%
Excentos financieros FOSYGA	3.235.425	2.536.565	2.915.521	3.794.482	10,2%
Regalías	387.148	438.290	221.442	234.062	1,1%
Otros recursos territoriales - régimen subsidiado	172.050	102.737	83.957	85.882	0,4%
Recursos de la nación (Ley 1393 de 2010)	-	847.857	918.755	792.426	2,0%
Ap. Nación subcuenta de solidaridad FOSYGA (Ind Comp Regalías)	-	618.438	1.533.807	1.736.303	3,5%
Compensación de regalía	571.687	-	-	-	-
TOTAL FUENTES DEL SGSSS	27.266.765	28.709.490	32.294.974	33.995.443	

* FUENTE: Presupuesto FOSYGA, Presupuesto Dirección Administración de Fondos de la Protección Social, Ley Presupuesto, Estadísticas MSPS, Formulario Único Territorial - FUT / Elaborado: Dirección de Financiamiento Sectorial - Ministerio de Salud y Protección Social

** FUENTE: Cifras 2010 a 2013 y cifras deflactadas con IPC DANE dic.2013=100. Elaborado: Dirección de Financiamiento Sectorial - Ministerio de Salud y Protección Social

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Boletín Cifras Financieras del sector. Boletín No. 1, noviembre-diciembre de 2013. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Financiamiento/Paginas/home-financiamiento.aspx> consultado el 21 de mayo de 2015.

Como se ve en la tabla anterior, el total de los recursos del SGSSS pasó de \$27,26 billones en 2010 a \$33,99 billones en el 2013, lo que significa un incremento del 24,68% y equivale a un crecimiento promedio anual de 7,68% en términos reales. El comportamiento de los aportes de la nación cuenta FOSYGA para el 2012 se explica “como cierre de financiación para la unificación del plan de beneficios del Régimen Subsidiado y en una menor proporción los recursos de las rentas cedidas (impuesto sobre consumo de cerveza e IVA sobre licores) y recursos territoriales, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1393 de 2010”.

El uso y asignación de los recursos del sistema de aseguramiento en salud está orientado aproximadamente en un 70% a los regímenes contributivo y subsidiado, los demás usos no superan los dos dígitos y están dirigidos a salud pública y promoción y prevención; a recobros por medicamentos NO POS; a fallos de tutela; gastos de funcionamiento y accidentes de tránsito; entre otros.

Tabla 10. Usos del SGSSS 2010-2013

(millones de pesos constantes, 2013=100)*

	2010	2011	2012	2013	Porcentajes promedio anual de participación**	Variación
Regimen contributivo	11.692.153	12.237.327	12.919.735	13.762.358	44,74%	5,59%
Regimen subsidiado	8.005.763	7.488.787	9.351.652	13.214.480	33,18%	19,91%
Recobros por medicamentos no POS y fallos de tutela	2.630.740	2.249.947	2.133.408	1.846.896	7,95%	-11,03%
Prestación de servicios población pobre no asegurada	2.551.443	2.575.912	1.783.342	1.167.612	7,35%	-21,45%
Salud pública y promoción y prevención	942.657	1.464.702	1.249.883	1.266.421	4,36%	14,01%
Gastos de funcionamiento (rentas cedidas)	-	282.171	211.338	216.185	0,62%	-11,40%
Cobertura ECAT	231.002	142.419	174.808	207.454	0,67%	1,02%
Otros usos en salud ¹	70.897	58.124	230.577	182.527	0,47%	85,95%
Reconocimiento prestaciones de servicios NO POS	-	-	-	803.191	0,61%	0,00%
Subcuenta de Garantía para la salud	-	-	-	130.000	0,10%	0,00%
	26.124.654	26.499.390	28.054.742	32.797.124		

¹ Comprende los recursos de distintas fuentes destinados a Colciencias para proyectos de investigación, a los entes territoriales para infraestructura e inventoria y para actividades de promoción y prevención.

* FUENTE: Presupuesto FOSYGA, presupuesto Dirección Administración de Fondos de la protección social, Ley presupuesto., Estadísticas MSPS, Formulario único territorial - FUT Elaborado: Dirección de Financiamiento Sectorial - Ministerio de Salud y Protección Social.

** FUENTE: Cifras 2010-2013 y cifras deflactadas con IPC DANE dic 2013=100. Elaborado: Dirección de Financiamiento Sectorial - Ministerio de Salud y Protección Social.

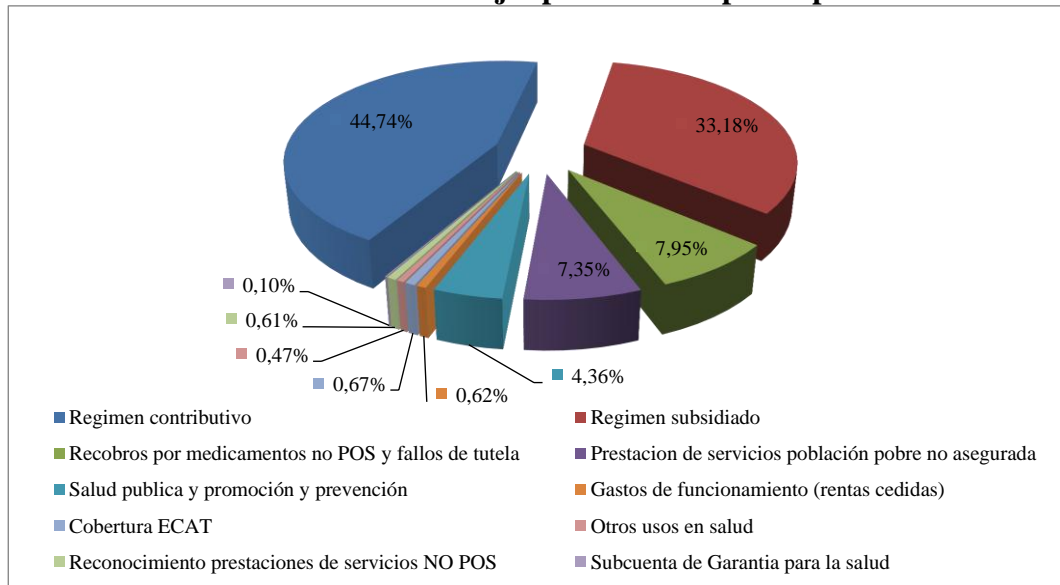
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Boletín Cifras Financieras del sector. Boletín No.1, noviembre-diciembre de 2013. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Financiamiento/Paginas/home-financiamiento.aspx> consultado el 21 de mayo de 2015.

Como se puede observar en la tabla anterior, el total de usos del SGSSS pasó de \$26,12 billones en el 2010 a \$32,79 billones en el 2013, con un crecimiento promedio anual de 8,07% en términos reales. Entre 2012 y 2013 el aumento fue de \$4,74 billones (16,9% en términos reales). Este aumento se explica por los recursos asignados al Régimen Subsidiado para ampliación de cobertura e igualación del plan de beneficios subsidiado-contributivo; se resaltan también el incremento de los recursos a la subcuenta ECAT para financiación del Régimen Subsidiado de salud, y los destinados a “otros usos en salud” para actividades de promoción y prevención y otros proyectos (variación del 85,9% en el promedio anual de participación).

Se observan algunas tasas negativas en la variación anual del uso de los servicios, de las cuales la más alta corresponde a la prestada a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (-21,4%) que se podría explicar por la tendencia de universalización del aseguramiento; le siguen los gastos de funcionamiento de las administraciones territoriales de salud –rentas cedidas- (-11,4%) que de acuerdo con la Ley 715 de 2001 podrían cubrirse con dichas rentas; la última variación negativa se ve en los recobros por medicamentos NO POS y fallos de tutela (-11%) que podrían explicarse por las medidas de control adoptadas por el gobierno desde 2010.

La estructura de financiación del SGSSS ha conservado la composición que se planteó para el modelo inicial del pluralismo estructurado, siendo las cotizaciones la principal fuente de financiación (52.2%), seguida del sistema general de participaciones (19.9%) y los excedentes financieros del Fosyga (10.2%). A pesar de los ajustes que se han realizado para buscar mayores recursos en respuesta a las crisis presentada, los problemas de fondo no se han solucionado; la premisa inicial del sistema no se ha cumplido en la fundamentación del soporte financiero de contar en el Régimen Contributivo con el 70% de la población y que por vía de solidaridad éste aportara lo necesario para atender a la población pobre y vulnerable.

Gráfico 7. Usos del SGSSS. Porcentajes promedio de participación 2010-2013



FUENTE: datos de la Tabla 5. Elaborado por la Dirección de Financiamiento sectorial. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Boletín Cifras Financieras del sector, No.1. Ob. Cit., p.14

Respecto al uso de los recursos dentro del SGSSS, se encuentra que en promedio en los últimos años (2010 a 2013), en el Régimen Contributivo se gastó el 44.74% de los recursos asignados, mientras que en el Régimen Subsidiado con más usuarios (alrededor de 23 millones) se gastó el 33.18% con un promedio anual de crecimiento del 19,9% en términos reales, explicado por la homogeneización de los Planes de Beneficios a partir del 1 de julio de 2013, y al que accedieron los 22,6 millones de afiliados al Régimen Subsidiado.

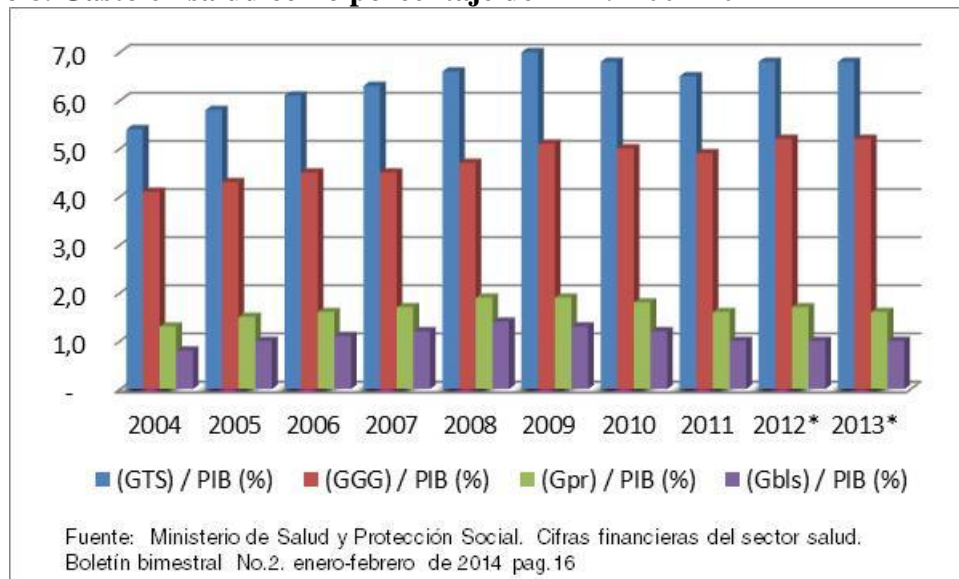
Para servicios por fuera del POS -por cobros de medicamentos NO POS y fallos de tutela- se invirtieron casi un 8% de los recursos y un (7,35%) se destinó a cubrir la prestación de servicios de la población pobre no asegurada -en lo no cubierto con subsidios a la demanda-, lo que indica que faltaba todavía un grupo poblacional por afiliar para cumplir con la meta de universalización de la salud en Colombia. De otra parte, el porcentaje de recursos utilizado en salud pública y promoción y

prevención es inferior al 5%, lo que muestra cómo el sistema está concebido para la atención de la enfermedad y no para promover la salud en la población.

2. Gasto en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Entre los indicadores más importantes que maneja el Ministerio de Salud y Protección Social para el análisis y seguimiento del SGSSS, están la relación entre el gasto en salud vs el producto interno bruto y entre el gasto en salud vs el gasto per cápita. Estos indicadores permiten comparar el gasto de salud con otros indicadores macros de la actividad económica del país, tales como Defensa, Seguridad, Educación, para tomar decisiones en políticas públicas.

Gráfico 8. Gasto en salud como porcentaje del PIB. 2004-2011



De acuerdo con Barón, en su estudio sobre las cuentas de la salud 1993-2003, el gasto en salud en Colombia habría pasado de representar el 6.2% del PIB en 1993 al 9.6% en 1997, llegando al 7.7% en 2003, cifra que superaba el promedio de los países de América Latina y el Caribe (7%). A partir del 2004 el gasto en salud pasó a

representar entre el 5,4% del PIB al 6,5% en 2011 siendo el pico más alto otra vez el 7% en el 2009. Para el 2013, el gasto de salud en Colombia bajó nuevamente al 6.81% del PIB⁴⁵⁹, con efectos sociales en la medida en que el desplazamiento ha aumentado en el país, y se requiere de mayor gasto social. El PIB en salud en países desarrollados es superior al 8% (Canadá 10.1% y España 8.5%)

Con la reforma de 1993 se esperaba, en primer lugar, lograr una sustitución del financiamiento a través del gasto directo o de bolsillo que era muy alto en la situación de pre-reforma y equivalía al 43.7% del gasto total en salud, por recursos provenientes del aseguramiento. En segundo lugar, se suponía que la reforma debería transformar la composición y el flujo del gasto en salud, y que la competencia conduciría a que las nuevas entidades y agentes, especialmente en el componente del aseguramiento manejasen segmentos importantes del gasto en salud, que canalizarían a los diferentes proveedores públicos y privados. En tercer lugar, a partir de los postulados de la reforma se esperaba un aumento en la participación relativa de los fondos públicos con respecto a las familias y a los empleadores privados, que básicamente soportaban el peso del financiamiento en la situación de pre-reforma.

Esto se logra a partir de 1997 cuando el gasto total de seguridad social en salud pasa a financiarse básicamente con los aportes del aseguramiento de empleadores y trabajadores más los recursos públicos destinados a subsidios a la demanda (Régimen Subsidiado), mientras que disminuye sensiblemente la financiación del gasto de bolsillo y el gasto público directo tiende a sostenerse.

La siguiente tabla resume la composición del gasto, actualizado con las últimas normas sobre la asignación de recursos al SGSSS, en particular lo contenido

⁴⁵⁹ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estadísticas sanitarias mundiales año 2014. http://apps.who.int/nha/database/World_Map/Index/en?id=REPORT_4_WORLD_MAPS&mapType=3&ws=0, Consultado el día 30 de abril de 2015, 18:19 hs

en la Ley 1438 de 2011 y los decretos expedidos para contrarrestar la caída de la “Emergencia social” de 2009, atender la crisis de sostenibilidad financiera del sistema de salud y cumplir parcialmente las órdenes de la Corte Constitucional.

Tabla 11. Los principales componentes y categorías del gasto en salud en Colombia, definidas por el SGSSS

Componentes	Gasto
Régimen Contributivo	Ejecutado a través de: <ul style="list-style-type: none"> - EPS - Direcciones de sanidad de las fuerzas militares y de policía Nacional - Fondo de Prestaciones del Magisterio - Unidad de Servicios de Salud de Ecopetrol No incluye el gasto de los regímenes especiales de diez universidades públicas.
Régimen Subsidiado	Ejecutado a través de: Hasta 2007 <ul style="list-style-type: none"> - Administradoras del régimen subsidiado (ARS) representadas en las Cajas de Compensación Familiar (CCF) (incluye los convenios interinstitucionales y uniones temporales entre ellas) - Empresas Solidarias de Salud (EES) - Empresas Solidarias de Salud (ESS) - Entidades Promotoras de Salud autorizadas para administrar recursos del Régimen Subsidiado (EPS-S) Desde 2008 (Ley 1122 de 2007) <ul style="list-style-type: none"> - Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (agrupan todas las entidades existentes con anterioridad)
Prestación de servicios a la población pobre no asegurada o población pobre en lo no cubierta con subsidios a la demanda (PPNA)	Cubierto con: <ul style="list-style-type: none"> - recursos de origen fiscal y como subsidios a la oferta, reconocimiento de servicios no incluidos en el POS, - aportes patronales de seguridad social de los funcionarios de las empresas sociales del estado (ESE) - recursos para el fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET) (Ley 1438 de 2011)
Salud Pública	Recursos para cubrir los planes de salud pública: <ul style="list-style-type: none"> - actividades de promoción y prevención (cubiertas con un porcentaje de la UPC del Régimen Subsidiado –art.6 Acuerdo 229 de 2002-) - fortalecimiento del programa ampliado de inmunizaciones (PAI) y del plan nacional de alimentación y nutrición - implementación de las políticas de salud sexual y reproductiva y de las políticas de salud mental - ejecución de los programas de prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores, promoción de estilos de vida saludables, actividades de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo y otras acciones de prevención.

Otros servicios y programas institucionales	<p>Realizado por otras entidades o dependencias oficiales directamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instituto Nacional Penitenciario (INPEC) y CAPRECOM – hasta 2009 el primero y desde 2010 el segundo- para atender la población reclusa <p>por transferencias al:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Relaciones Exteriores para seguridad en salud del personal de planta externa. <p>Otros conceptos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proyectos de investigación en salud financiados por el Departamento administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (COLCIENCIAS) - Pagos por concepto de apoyo técnico, auditoría y remuneración fiduciaria de las cuatro subcuentas del Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud (FOSYGA)
Seguros privados	<p>Realizados por concepto de atención en salud cubiertos por los planes de medicina prepagada (MPP), vendidos en el país por entidades privadas, e incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Empresas de medicina prepagada - Servicios de ambulancia - Pagos de siniestros netos de las aseguradoras privadas en los ramos de seguros voluntarios de salud y de accidentes personales (escolares, pólizas de hospitalización, etc.) - Pólizas de seguro de alto costo mediante seguros de las EPS sin reembolso - Pagos a través de las aseguradoras privadas por el reconocimiento de los siniestros causados en accidentes de tránsito, con los recursos equivalentes a las reservas técnicas constituidas con el porcentaje de las primas de las pólizas del seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT).
Gasto de bolsillo	<p>Son todos los pagos directos realizados con recursos propios de las personas para la atención de servicios de salud, independiente de si se está afiliado o no al sistema de seguridad social, comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copagos, cuotas moderadoras - Gastos por consulta general o especializada, hospitalizaciones, exámenes de laboratorio, ayudas diagnósticas, medicamentos¹

Elaboración propia con base en: Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín Cifras Financiera del sector: gasto en salud de Colombia 2004-2011. Boletín bimestral No 2 (En línea).

¹Barón, Gilberto. Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento. Bogotá, Ministerio de la Protección Social. PARS – Departamento Nacional de Planeación, 2007 En: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Boletín Cifras Financieras del sector. Ob. cit. pág. 6-7.

Según Barón⁴⁶⁰, el gasto total para salud estaba conformado con los siguientes componentes: Gasto público total, Gasto en Seguridad Social en Salud y Gasto

⁴⁶⁰BARÓN LEGUIZAMÓN, Gilberto. Cuentas de la Salud en Colombia 1993-2003: el gasto nacional en Salud y su financiamiento. Bogotá: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS, del

Privado Total. De acuerdo con los criterios de clasificación de la OMS definidos en el año 2013, se realizó un ajuste en la clasificación por lo que Colombia adoptó esta metodología de análisis. Para este trabajo se utiliza la información del Ministerio de Salud y Protección Social basada en la metodología del trabajo de Cuentas de Salud de Colombia 1993-2003, ajustada para el segundo período –en los conceptos y en los criterios de clasificación⁴⁶¹, que incide en la magnitud del gasto total por la no inclusión, entre otros, del gasto de funcionamiento del Ministerio de Salud y de sus entidades adscritas por no constituir parte del gasto en la atención de salud.

El gasto del Régimen Subsidiado muestra una tendencia al crecimiento más acentuada que el del Régimen Contributivo y el del gasto de bolsillo. Según el Ministerio esto se explica por las decisiones gubernamentales de “ampliar progresivamente la cobertura de afiliación al Régimen Subsidiado y de igualar los planes de beneficios o planes obligatorios de salud (POS) de manera gradual empezando por los grupos de población más pobres y vulnerables (niños menores de 5 años, menores de 18 años y población de la tercera edad), al tenor de lo dispuesto por la Corte Constitucional en el conjunto de órdenes impartidas en la sentencia T-760 de 2008 y de acuerdo con las metas del gobierno de lograr la universalización de la afiliación y unificación de los planes.”⁴⁶² Los recursos para ello se han creado mediante nuevas normas como la Ley 1393 de 2010 y la Ley 1438.

Ministerio de la Protección Social – MPS; reimpresión de mayo de 2008. ISBN: 978-958-98067-7-7. , Op. Cit., p. 159

⁴⁶¹Estos ajustes y modificaciones se dieron como resultado de discusiones después de la entrega en 2007 del trabajo de Barón, pero también por la adopción de definiciones y criterios de la OMS con el fin de estandarizar los resultados de las cuentas en salud en diferentes países, teniendo como referentes los manuales internacionales de estadísticas y clasificadores internacionales para Cuentas Nacionales y cuentas de salud. Actualmente en el país, un equipo conformado por el DA NE, DNP y MSPS está trabajando sobre el estándar metodológico del SHA-2011 que cubre a los países de la OECD, cuyos resultados deberán coordinarse en el marco de la Comisión de Estadística y Finanzas Públicas.

⁴⁶² COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Cifras financieras del sector salud. Gasto en salud en Colombia 2004-2011. Boletín bimestral No. 2, enero-febrero, 2014. *Ibíd.* p.7

Tabla 12. Gasto total del Sistema General de Salud 2004- 2013.

Conceptos	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	2013*
Régimen contributivo -SGSSS	6.391.839	7.292.701	8.880.946	9.932.648	11.152.205	13.704.743	13.833.477	15.012.074	16.959.533	17.463.062
Regímenes especiales (R.E.E.)	1.053.636	1.219.254	1.353.878	1.428.230	1.661.051	2.026.307	2.192.261	2.360.629	2.648.153	2.661.411
Total gasto regímenes contributivos	7.445.475	8.511.955	10.234.824	11.360.878	12.813.256	15.731.050	16.025.738	17.372.703	19.607.686	20.124.473
Régimen subsidiado -SGSSS	2.246.500	2.639.182	3.365.384	4.143.477	5.619.215	6.212.261	6.749.861	8.049.229	9.300.000	10.745.220
Población pobre no afiliada (PPNA)	1.852.161	2.650.488	2.575.903	2.537.225	2.635.251	2.711.497	2.926.957	2.792.492	2.979.589	3.068.977
Salud pública	962.055	829.193	1.165.614	1.461.811	1.398.346	1.222.286	1.304.215	2.124.543	2.346.139	2.441.491
Otros servicios y programas institucionales	59.322	50.376	68.211	65.236	88.454	103.514	106.758	151.877	183.442	221.567
I. Total gasto del gobierno general	12.565.513	14.681.192	17.409.936	19.568.628	22.554.521	25.980.609	27.113.529	30.490.845	34.416.856	36.601.727
Planes de medicina prepagada	1.028.966	1.098.949	997.704	1.231.245	1.443.213	1.539.410	1.676.754	1.860.732	2.029.427	2.140.099
Seguros voluntarios de salud	380.362	463.477	516.609	547.506	696.371	950.023	1.126.807	1.375.483	1.814.941	2.209.479
Seguro obligatorio de tránsito -SOAT	156.511	174.972	202.787	255.263	288.212	311.599	364.657	375.024	451.947	483.776
Total seguros privados	1.565.839	1.737.398	1.717.101	2.034.014	2.427.796	2.801.032	3.168.217	3.611.240	4.296.315	4.833.354
Gasto de bolsillo	2.397.857	3.364.328	4.335.675	5.353.870	6.799.134	6.606.261	6.541.629	6.428.714	6.703.220	6.703.220
II. Total gasto privado	3.963.696	5.101.726	6.052.776	7.387.884	9.226.931	9.407.293	9.709.847	10.039.954	10.999.535	11.536.574
III. Gasto total en salud (I+II)	16.529.209	19.782.918	23.462.712	26.956.511	31.781.452	35.387.902	36.823.375	40.530.799	45.416.391	48.138.301
Gasto total en salud *	22.495.056	25.677.804	29.147.486	31.684.858	34.692.633	37.871.994	38.194.979	40.530.799	44.343.947	46.094.535
Incremento anual del gasto total en salud		14,1%	13,5%	8,7%	9,5%	9,2%	0,9%	6,1%	9,4%	3,9%
* (En millones de pesos constantes de 2011)										
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social / DFS-CS. En Baron Leguizamon Gilberto. Cuentas de salud en Colombia										

Tabla 13. Comparativo variación IPC Salud vs Incremento anual gasto en salud 2006-2012

Item	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Variación IPC salud	5,28	6,5	5,29	4,94	4,52	4,09	4,27
Incremento anual del gasto total en salud	14,1	13,5	8,7	9,5	9,2	0,9	6,1

Fuente: Elaboración propia a partir de Así Vamos en Salud⁴⁶³ y tabla anterior

Si se observa, si analizamos el incremento anual del gasto total en salud, con otros indicadores como por ejemplo el IPC de salud, se encuentra que existe una gran diferencia en los valores, lo que indica que el gasto real en salud es muy superior a las cifras oficiales que maneja Colombia. Lo anterior, permite inferir que también existe un problema con la información en salud, por un lado no están estandarizadas todas las mediciones a realizar y por otro lado, su inexactitud no permite que se analicen adecuadamente los cambios y por ende las decisiones que se toman no son las más acertadas.

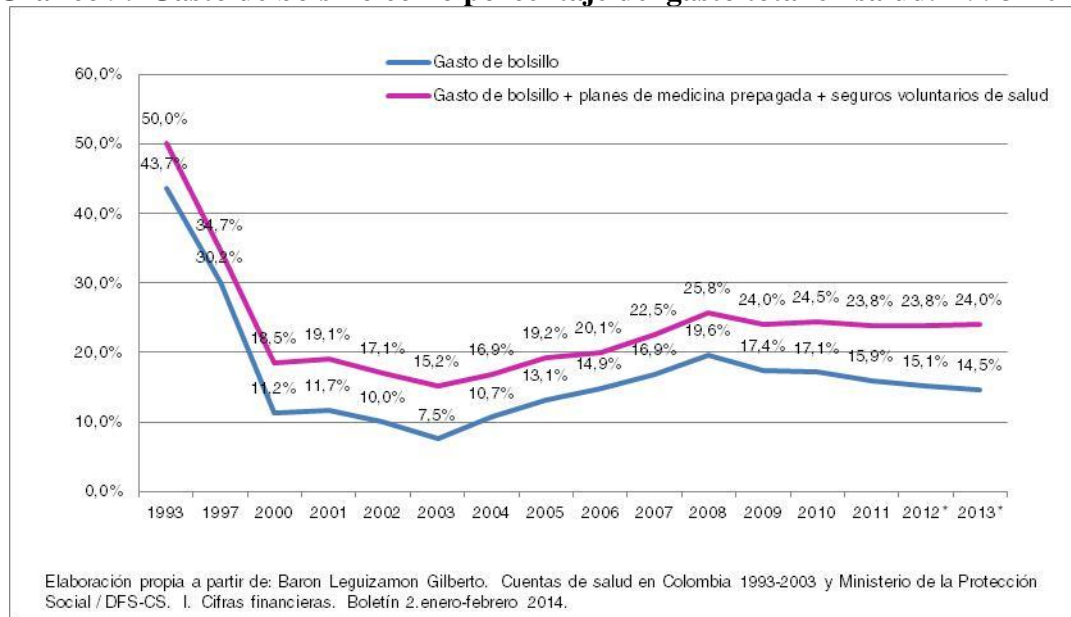
De otra parte Barón explica el incremento del gasto total en 2009-2011 por los recobros que por medicamentos NO POS y fallos de tutela hicieron las EPS y el reconocimiento de éstos a través del Fosyga (\$1.925,4 en 2009, \$2.249,0 en 2010 y \$2.154,8 en 2011, en miles de millones), así como por el crecimiento de afiliados al Régimen Contributivo.

Otro componente muy importante es el gasto de bolsillo, creciente entre el 2004 (\$2.397,9) y el 2008 (\$6.799,1) con variaciones menores en el resto del período; es interesante considerar que al sumarle al gasto de bolsillo lo relacionado con pagos por planes de Medicina Prepagada y Seguros Privados de Salud, la familia habría

⁴⁶³ASI VAMOS EN SALUD. Gráficas - Gasto total del Sistema General de Salud 2004- 2013; Comparativo variación IPC Salud vs Incremento anual gasto en salud 2006-2012. Disponible en internet:<http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/financiamiento/grafica.ver/48>, Consultado el 19 de julio de 2015.

dispuesto hasta un 25,8% por gasto de salud. El siguiente gráfico muestra el cambio en el comportamiento del gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud desde 1993 hasta el 2013.

Gráfico 9. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud. 1993-2013



Un ejemplo del alto impacto que produce el gasto de bolsillo en los sectores pobres en Bogotá, según la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2007, es la que se observa entre los trabajadores familiares sin remuneración salarial (23%) y los trabajadores familiares sin remuneración que trabajan en otros hogares (35,5%) quienes gastaron más del 20% de su ingreso per cápita en servicios de salud, mientras que entre los profesionales y técnicos (32%) y directivos y gerentes (33%) los gastos fueron menores al 5% de sus ingresos per cápita en salud.

Acorde con el análisis realizado anteriormente, si se compara la cifra del PIB en salud con cifras de países desarrollados como Canadá, en donde se destina aproximadamente el 10.1% del PIB o España que maneja un 8.5% del PIB para salud,

encontramos que la cifra que destina Colombia dista mucho todavía de alcanzar esos niveles si se tienen en cuenta los problemas de desigualdad social que subsisten en el país. De otra parte, en los últimos 10 años aunque el gasto del Estado ha venido aumentando, podría darse en respuesta a la mayor afiliación de usuarios en ese período en los dos regímenes pero especialmente en el Subsidiado; sin embargo se observa que el gasto en Salud Pública, es todavía insuficiente para responder a un modelo de promoción de la salud y no solo a un modelo de aseguramiento de la enfermedad.

3. Aspectos de la crisis financiera del SGSSS

Respecto al análisis de la crisis financiera del SGSSS se presenta una dicotomía: por una parte el Estado debe garantizar los recursos para prestar los servicios de salud a toda la población colombiana, en las mejores condiciones de calidad y acceso, buscando minimizar las inequidades y garantizando el derecho fundamental a la salud; mientras que por otra, el sistema de salud fue estructurado de acuerdo con la racionalidad económica del mercado, que responde a reglas de competencia dentro de un mercado imperfecto.

El abordaje de los aspectos financieros debe realizarse desde dos niveles, el primero macroeconómico, en el cual existen aspectos a considerar de acuerdo con el desarrollo económico, social y político del país; en el segundo nivel se deben considerar los factores y fuerzas internas que se dan al interior del sistema de salud.

A nivel macroeconómico, se considera que existen tres factores que afectan la sostenibilidad financiera del SGSSS, estos son: los supuestos de crecimiento de la economía y por consiguiente de la población económicamente activa (PEA) y la disposición y el manejo adecuado de los recursos para la operación del sistema, lo cual se ve afectado por la regla fiscal.

Agudelo y otros⁴⁶⁴ señalan que el sistema de salud está fuertemente influenciado por variables macroeconómicas: los procesos de industrialización y los modelos de descentralización política y administrativa entre otros, por lo que el funcionamiento y financiamiento del SGSSS se hallan en directa relación de dependencia con las fluctuaciones del PIB, con los mercados laborales, con las formas de interrelación del Gobierno nacional y los entes territoriales, lo que da sustento a las dinámicas que establecen las fuentes y flujos de recursos que financian al sistema:

“Las tendencias del PBI y del gasto en salud se dieron en un contexto macro de dificultades. En la fase inicial del SGSSS se produjo la caída del PBI, en el lapso de 1994 a 1999. Del año 2000 en adelante el PBI tiende a recuperarse, pero en el período de 2002 a 2007 el nivel salarial se ajustó hacia abajo como resultado de la política de flexibilización laboral y el desempleo tuvo un valor promedio superior al 15%. Por otra parte, cerca el 52% de la población se encontraba en situación de pobreza y la informalidad económica se situó por encima del 50%. Los aspectos anteriores sugieren con fuerza la configuración de escenarios poco favorables para el desarrollo del SGSSS. Sin embargo, la afiliación y el gasto en salud se incrementan en todo el período considerado y, de manera más intensa, durante la crisis económica de 1997 a 1999. Probablemente este último incremento corresponde a la fase de crecimiento rápido de la afiliación al Régimen Contributivo, aún en medio de la crisis económica. Del año 2003 en adelante el Régimen Subsidiado crece más intensamente y el gasto en salud tiende a estabilizarse. Pero mientras que en la primera fase de incremento del gasto en salud el SGSSS mantiene el equilibrio financiero y la sostenibilidad, no ocurre lo mismo del año 2007 en adelante, fase en la que se da el mayor crecimiento del Régimen Subsidiado”⁴⁶⁵.

En cuanto al diseño del SGSSS, se debe recordar que se basó en algunos supuestos: a) la Población Económicamente Activa (PEA) aumentaría y b) al tener la

⁴⁶⁴ AGUDELO CALDERÓN, Carlos Alberto; CARDONA BOTERO, Jaime; ORTEGA BOLAÑOS, Jesús y ROBLEDO MARTÍNEZ, Rocío. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. En: *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6); 2011: p. 2817 – 2828. Disponible en internet: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf>. Consultado el: 27 de mayo de 2015

⁴⁶⁵ *Ibíd.*, p. 2820

obligación de afiliarse a la Seguridad Social, sería, en gran parte, el sostén del Sistema porque conllevaría un flujo creciente de mayores recursos para atender a la población de bajos ingresos, basándose en un criterio de solidaridad del Régimen Contributivo hacia el Régimen Subsidiado, que consistía en que parte de las contribuciones que realizaban los trabajadores serían destinadas al financiamiento del Régimen Subsidiado.

Sin embargo, un país que no tiene las condiciones para ofrecer trabajo formal con capacidad adquisitiva para su población, o que no garantiza la estabilidad dentro del mercado laboral, no puede pretender alcanzar el equilibrio financiero y se advierte que la tendencia del sistema ha sido contraria ya que aunque el número de afiliados al Régimen Subsidiado y al Régimen Contributivo han aumentado en los últimos años, el Ingreso Base de Cotización por cotizante del Régimen Contributivo promedio no ha pasado de dos salarios mínimos vigentes mensuales (1,8 smmlv para 2013⁴⁶⁶), por lo que el flujo de recursos ha generado presiones sobre el sistema.

Las políticas laborales adoptadas desde los años noventa (Ley 50 de 1990⁴⁶⁷ y Ley 789 de 2002⁴⁶⁸), en las que se aprobaron medidas como la flexibilización laboral (de horarios, de contrato y de salario), el trabajo a destajo o la contratación por actividades, permitieron, tanto al sector público como al privado no cubrir las

⁴⁶⁶COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Cifras financieras del sector salud. Boletín No. 3, marzo-abril 2014. Disponible en internet: <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Financiamiento/Paginas/home-financiamiento.aspx> Consultado el 21 de mayo de 2015.

⁴⁶⁷CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 50 de diciembre 28 de 1990, Diario Oficial N° 39.618, 1° de enero de 1991, En: COMISIÓN NACIONAL DE TELEVISIÓN, Disponible en internet: http://www.cntv.org.co/cntv_bop/basedoc/ley/1990/ley_0050_1990.html, Consultado en noviembre de 2011.

⁴⁶⁸ “El sistema de protección social se constituye como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos. Para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo”: CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 789 de diciembre 27 de 2002. Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo, art. 1°, Disponible en internet: http://www.fondoemprender.com/BancoMedios/Documentos%20PDF/Ley_789-2002.pdf, Consultado en noviembre de 2011.

prestaciones sociales, poder despedir trabajadores en forma colectiva y reducir el monto de las indemnizaciones por despidos injustificados, lo que ha causado incertidumbre laboral casi permanente en la población. Aunado a lo anterior, la eliminación de la retroactividad de las cesantías y la disminución del pago por horas extras y recargos nocturnos-factores salariales-afectó la capacidad de pago al Sistema Ingreso Base de Cotización (IBC).

Si bien el desempleo ha descendido (8,9,% DANE a marzo del 2015) sigue siendo un problema social que afecta la continuidad de las políticas de protección social. Así mismo, el empleo de baja calidad y la informalidad, generan alta iniquidad y baja competitividad. Además, al perder el empleo la persona y su núcleo familiar quedan desprotegidos en salud por no disponer de los recursos requeridos, y a la espera de poder acceder al Régimen Subsidiado, siempre y cuando cumplan con los requisitos.

Para mitigar algunos de estos efectos, recientemente el Ministerio del Trabajo ha impulsado medidas que contribuyan a disminuir la informalidad como los programas de “formalización” (manicuristas, taxistas, trabajadores domésticos, entre otras) y del “primer empleo” (para jóvenes egresados y sin experiencia)⁴⁶⁹.

De otra parte, a nivel macroeconómico, la regla fiscal afecta la disposición de recursos para atender las necesidades de salud y a su vez garantizar el derecho a ésta. La regla fiscal se define como un conjunto de mecanismos a través de los cuales se busca fortalecer la disciplina presupuestal mediante la definición de metas concretas en materia fiscal y financiera del Gobierno Central, tomando como referencia la equivalencia entre sus gastos e ingresos en una perspectiva de largo plazo. Según el

⁴⁶⁹En el segundo mandato del Presidente Santos, se inició el proceso de socialización de la iniciativa que busca restablecer las condiciones laborales que se tenían antes de la reforma el 2002.

Ministerio de Hacienda y Crédito Público la regla fiscal se define en función a los siguientes objetivos:⁴⁷⁰

- “- Eliminar el sesgo procíclico de la política fiscal
- Reducir el sesgo anti-inversión pública de la política fiscal
- Eliminar el sesgo a endeudamiento y asegurar sostenibilidad de la deuda
- Abrir espacios fiscales para inversión en infraestructura
- Requerir la evaluación de impacto económico – social del gasto público”

El Gobierno de Juan Manuel Santos, busca a través de la regla fiscal dos objetivos claros: el primero, definir una meta anual de balance fiscal estructural para el Gobierno Nacional Central del (-)2% del PIB a partir del 2015; y el segundo, estructurar una política fiscal contracíclica, generando con ello dos implicaciones: a) la orientación de los Gobiernos Nacionales a ajustar sus políticas de gasto, b) los incrementos de gasto dependen de la consecución de fuentes permanentes de financiación, asumiendo por tanto que los gastos se deben financiar con ingresos permanentes y no con deuda.

La regla fiscal afecta negativamente la garantía del derecho a la salud por cuanto al “devolver el monopolio” de la ordenación del gasto al Gobierno Nacional, impide el acceso real de la población a otras instancias por limitación presupuestal y por consiguiente la garantía real del derecho a la salud, lo cual implica, a juicio de Guerrero⁴⁷¹, la necesidad de ponderar los criterios con los cuales se aplican la regla y

⁴⁷⁰COLOMBIA.MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO. ABC Regla Fiscal. Bogotá, 5 p. Disponible en internet: [http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/agenda legislativa/ReglaFiscal/ABCReglaFiscal%20junio%202011%20de%202011revisado%20GA.pdf](http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/agenda%20legislativa/ReglaFiscal/ABCReglaFiscal%20junio%202011%20de%202011revisado%20GA.pdf) Consultado el: 30 de abril de 2015

⁴⁷¹GUERRERO, Ramiro, Et Al. La doble descentralización en el sector salud: Evaluación y alternativas de política pública. Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud – PROESA, Cali, 2013, 126 p.

la sostenibilidad fiscal, ya que es en estos criterios de donde se pueden derivar restricciones al cumplimiento de derechos fundamentales.

De otra parte, las deficiencias de la regla fiscal para blindar la política fiscal y promover un gasto contracíclico, señala Carlos Medina⁴⁷², se dan en sectores en los cuales no se genera inversión porque los retornos no superan el costo de oportunidad y los riesgos son elevados, aludiendo específicamente al gasto en salud ya que este sector se caracteriza por:

“las inmensas externalidades, del que difícilmente se pueda argumentar que no va a generar el retorno suficiente para hacer las inversiones en éste rentables, pero que hoy en día, y por décadas, ha contado con actores que han padecido déficits estructurales, buena parte de ellos a cargo del Estado, y que aún podría estar requiriendo ajustes actuariales al costo de su canasta de servicios, ambas inversiones aplazadas hasta el día de hoy”⁴⁷³.

En síntesis la meta de balance fiscal depende principalmente de la capacidad de la política fiscal para generar inversión extranjera, capacidad medida por calificadoras internacionales de riesgos, y no por la generación de condiciones de garantía de derechos asociados en condiciones de mercados regulados donde el gasto público social se constituye en un factor de distorsión de los mercados, por lo que se hace necesario promover una racionalidad técnico económica por encima de una racionalidad de derechos y de solidaridad social:

“Desde un lenguaje económico podría afirmarse que con la regla fiscal y su consagración como derecho de los colombianos el Estado intenta maximizar la garantía, protección y ejercicio de los derechos sociales sujeto a la sostenibilidad fiscal. Agotado el presupuesto anual, los

⁴⁷²Subgerente Regional de Estudios Económicos, del Banco de la República en 2011.

⁴⁷³ MEDINA, Carlos. .Análisis/Reglas y principios fiscales. Portafolio.co. Opinión. (2014, Septiembre 09). Disponible en internet: <http://www.portafolio.co/opinion/analisis-regla-fiscal-septiembre-2014>. Consultado el: 03 de Mayo de 2015.

colombianos podrán perder sus derechos. Es este el límite impuesto por un conservadurismo fiscal que insiste en que el gobierno siempre se ve sometido por una restricción presupuestaria intertemporal”.⁴⁷⁴

En un segundo nivel se deben considerar los factores y fuerzas internas que afectan la sostenibilidad financiera del SGSSS. Un primer factor son los problemas que se presentan en las relaciones entre responsabilidad del gasto y recursos disponibles. Un segundo factor sería: la limitación del plan de beneficios POS que genera que un número considerable de atenciones se brinden amparadas bajo el Comité Técnico Científico o vía Tulela; otros factores serían: la falta de solvencia del sistema que ha afectado incluso la viabilidad de los hospitales públicos, la disminución de recursos para el Régimen Subsidiado, el costo de la intermediación de servicios de salud, la creciente presencia de oligopolios que generan desequilibrios en el mercado, falta de regulación en precios y tarifas por parte del Estado, corrupción y cooptación e inconvenientes con la vigilancia y control de los actores del sistema.

Agudelo⁴⁷⁵ y otros indican que la razón de esta crisis se debió en parte a las relaciones entre responsabilidad del gasto y recursos disponibles, ya que tomando como referencia que los recobros tienen diferente fuente dependiendo del régimen: FOSYGA en el contributivo y, Entes territoriales en el subsidiado, se adujo un déficit presupuestario por parte de éstos últimos para poder cubrir sus acreencias con las EPS y en cadena, por parte de éstas a las IPS, factor que es explicado por cuatro variables:

- Crecimiento de la relación beneficiarios–cotizantes en el Régimen Contributivo
- Crecimiento en términos absolutos y relativos del Régimen Subsidiado frente al Régimen Contributivo, el primero pasó de representar el 47% de afiliados al sistema en 2002 al 58% en 2008, mientras que el segundo, pasó del 53% al 42% en los mismos años.

⁴⁷⁴Ibíd., p. 14

⁴⁷⁵AGUDELO CALDERÓN, Carlos Alberto et al. Op. Cit.

- Disminución de los ingresos de los Entes territoriales provenientes del sistema general de participaciones, conocidos como recursos de transferencias, siendo éstos la fuente central para la financiación del Régimen Subsidiado.
- Demora y morosidad en los flujos de los recursos financieros.

En cuanto al segundo factor: la tendencia creciente de la población de recurrir a la acción de tutela como mecanismo de garantía y exigibilidad de sus derechos, tanto por servicios incluidos en los Planes de Beneficios como por los que no están dentro de ellos (NO POS). A través de los fallos, los Jueces de la República han conminado a las autoridades y a las EPS para que se presten determinados servicios - incluso que no se encuentren en el POS-, independientemente del costo de éstos. Ello ha generado críticas aludiendo que esta interpretación debilita la sostenibilidad del sistema, y sostienen que sólo un pequeño porcentaje de la población usa los recursos públicos de salud que en teoría pertenecen a la mayoría; este razonamiento ha servido para desconocer el derecho humano fundamental a la salud y busca frenar las obligaciones que el Estado tiene de garantizar el derecho a la salud, con el argumento de que el uso indiscriminado de la tutela desequilibra el sistema.

El 2009 puede considerarse un referente en la crisis financiera del sistema ya que el gasto en salud se incrementó considerablemente con el reconocimiento judicial de prestaciones NO POS, y los recobros que los Comités Técnico Científicos autorizaban a las EPS. El Grupo Delima Marsh⁴⁷⁶ señala que el “Sistema General de Salud colapsó puesto que no existían recursos financieros suficientes para mantener el equilibrio de los dos regímenes”, por lo que el Gobierno encontró como salida la Declaratoria de la Emergencia Social para buscar recursos que resolviera esta situación.

⁴⁷⁶ Delima Marsh. La Nueva Reforma al Sistema de Salud de Colombia. Bogotá, Separata especial - Tercer trimestre; Octubre, 2011: 10 p. Disponible en internet: https://lacobeta.marsh.com/Portals/58/Separata%20Oct_2011.pdf, Consultado el: 01 de junio de 2015

Según el estudio de Delima Marsh, con base en los recobros, el problema financiero del sistema se originó en 2006, año a partir del cual los cobros y recobros ascendían mientras los excedentes financieros descendían considerablemente (los excedentes pasaron de \$177.751 millones en 2002 a \$1'374.745 millones en 2006 (incremento aproximado del 673%) y luego a \$393.000 millones en 2010 (con decremento aproximado del -71%); al mismo tiempo los recobros pasaban de \$23.495 millones en 2002 a \$299.173 millones en 2006 (incremento aproximado del 1.175%) y luego a \$2.300.000 millones en 2010 (con un incremento aproximado del 667%), es decir un aumento porcentual de más del 9.000% entre el 2002 y el 2010. Es importante resaltar que según estudio del Observatorio del Medicamento de la Federación Médica Colombiana, en tan solo 7 productos las ventas equivalían al 22% de los \$1.1 billones recobrados al FOSYGA en 2008.

“Este marcado desequilibrio en la financiación del sistema, junto a los elevados cobros y recobros generados por diferentes actores al Gobierno, son las principales causas que pusieron en jaque la estabilidad en la prestación del servicio de la salud. La ausencia de recursos amenazó con el cierre de hospitales públicos, clínicas privadas y con la quiebra de las EPS. Frente a esta situación, el gobierno se vio impulsado a decretar estado de Emergencia Social y bajo esta figura se expidieron 15 decretos que modificaron varias leyes”⁴⁷⁷.

Algunas EPS presentaban problemas de solvencia por la deuda que el Estado colombiano tenía con ellas (cerca de U\$250.000 millones de la época) y argumentaban que peligraba su existencia y desarrollo de actividades. Sin embargo la crisis tenía otras causas: aumento sin límites de los cobros y recobros generados por algunas EPS, IPS y laboratorios farmacéuticos al Gobierno Nacional. Aspectos que forman parte de problemas más estructurales por la limitación de los beneficios incluidos en los planes del POS, que restringen la prestación de servicios sin tener en cuenta que la salud es un derecho humano fundamental por lo cual los ciudadanos

⁴⁷⁷Ibíd., p., 4

acudieron a la opción de tutela para obtener solución a sus demandas de servicios. La Corte Constitucional le exigió al Estado mediante la Sentencia T-760 que debía resolver las falencias en términos de acceso real con independencia del grado, tipo o estado de afiliación de las personas al SGSSS tomando como referencia que la salud a partir de 2008 había sido declarada derecho fundamental autónomo por el órgano judicial. Más adelante se presentará un análisis sobre la tutela como garante del derecho fundamental a la salud. Si se tiene un sistema de salud con accesibilidad, disponibilidad, calidad y cobertura, el ciudadano no necesitará hacer uso recurrente de esta figura.

Adicional a lo anterior, está el flujo de recursos a los entes territoriales (disminución de los recursos provenientes de transferencias), y el problema con los tiempos de desembolsos y giros que ocasionan incremento de la deuda morosa, ocasionando pérdidas de calidad y eficiencia en la prestación directa de servicios:

“Para el Régimen Subsidiado, entre el momento en que se giran los recursos de alguna fuente de financiación (SGP, Fosyga, Rentas Cedidas, Regalías, ETESA, CCF) y son registradas por la cuenta maestra del municipio y luego transferida a las EPS, transcurren unos 60 días, y para que las EPS les giren a las IPS pasan 30 días. En total, la mora toma aproximadamente 90 días (...) Estas demoras ponen en riesgo la existencia de la red pública de hospitales y atentan contra la calidad del servicio. La deuda morosa en el Hospital Federico Lleras ascendía a \$92.000 millones; en el Hospital Universitario Fernando Troconis, de Santa Marta, a \$28.000 millones; en Bogotá, ocho EPS le debían a la red pública \$250.000 millones, el 60 por ciento con cartera morosa de más de 365 días. Según ACESI, el monto de la deuda pública del Régimen Contributivo con las instituciones agrupadas en este gremio era de 380.000 millones (El Tiempo, edición del 7 de agosto de 2011). Una dificultad del sistema es la falta de liquidez de los hospitales públicos. La cartera total de las IPS ascendió a 3,5 billones de pesos, con un crecimiento promedio del 9 por ciento en el lapso 2008-2010”⁴⁷⁸.

⁴⁷⁸ *Ibíd.*

Por su parte Cecilia López Montaña⁴⁷⁹, argumenta que en la crisis incidieron varios factores: a) el problema central lo constituye la forma de contrato entre el Estado y el sector privado; el Estado pone los recursos pero falla en la modulación, regulación y control; se carece de “sistemas propios de información” y el Estado debe aceptar lo que “el sector privado le quiera informar”; b) se han cometido dos graves errores, el sector público no cambió su papel de proveedor a regulador (con los consiguientes problemas en la vigilancia y control de las EPS), en tanto que el sector privado no tuvo en cuenta que utilizaban dineros públicos en la prestación de los servicios sociales y como tal se debían manejar; c) a partir del 2002 se incrementó rápidamente el Régimen Subsidiado con el fin de “universalizar” la salud, pero sin considerar las repercusiones financieras: las premisas de crecimiento de la economía y del trabajo formal no se cumplieron, la expectativa de crecimiento de la economía del 5% llegó en realidad al 3,3% y la informalidad superaba el 50%; e) legislaciones en el Congreso más a favor de los sectores prestadores y no en beneficio de la salud de los colombianos. El Gobierno disminuyó los ingresos del Régimen Subsidiado pero mantuvo los gastos, así los hospitales públicos quedaron desfinanciados; f) por falta de regulación surgieron oligopolios en el aseguramiento, así como integraciones verticales entre aseguradoras y prestadoras del servicio; g) con el abandono por parte de la Salud Pública y la delegación de los programas de promoción y prevención, se pasó a un sistema de enfermos, muchos de ellos mal atendidos.

A la crisis financiera del SGSSS se sumó la exigencia de la Corte Constitucional para que el Gobierno cumpliera con la sentencia T-760 de 2008, por lo que éste decide declarar la “emergencia social” para obtener, nuevos recursos que le permitieran garantizar mayor eficiencia y operatividad de los flujos de financiamiento y así poder alcanzar gradualmente las metas de universalidad del aseguramiento y

⁴⁷⁹ LOPEZ MONTAÑO, Cecilia. Op. Cit.,

unificación del plan de beneficios del Régimen Subsidiado respecto al Régimen Contributivo.

Los problemas de carácter financiero afectan la cotidianidad de los ciudadanos que buscan atención en salud y por consiguiente su derecho fundamental a la salud.

Algunos académicos colombianos en sus pronunciamientos coinciden en que uno de los aspectos que requiere mayor ajuste para garantizar la sostenibilidad del sistema es la financiación. Otros han señalado que se debe privilegiar la garantía por parte del Estado de brindarle a todos los ciudadanos el derecho a la salud y de esa manera cumplir con los fines sociales del Estado. Esto significa que el Estado debe garantizar los recursos para cumplir con estos fines sin centrarse en los aspectos de la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

Con relación a las formas de financiación, Franco-Giraldo plantea que la reforma promovida por la Ley 1438 de 2011 no transforma realmente el modelo del SGSSS sino que por el contrario consolida aún más el sistema promovido por la Ley 100⁴⁸⁰ ya que consolidan los mecanismos del mercado beneficiando las dinámicas e intereses de los actores privados involucrados en el SGSSS. Esto se explica por el tipo de racionalidades inmersas en los procesos de reforma dados en Colombia, en especial el sustento teórico e ideológico heredado de la visión neoclásica cuyo eje es la sostenibilidad financiera, y cuya unidad de análisis se estructura en el individuo consumidor; en contraposición de una visión igualitarista basada en la producción social de la salud en tanto derecho e igualdad, sustentada en el ciudadano y lo colectivo.

⁴⁸⁰FRANCO-GIRALDO, Álvaro. Ley 1438 de 2011: Entre Superflua y Disuasiva. Consultado el 15 de abril de 2015. Op. Cit., p. 3-5.

En el proceso fallido de reforma de la emergencia social de 2009, se enfatizó en que el problema de la salud tiene un alto componente financiero, los elevados precios de algunos medicamentos más los sobrecostos y las acciones derivadas del NO POS, incidieron en prácticas corruptas manifestadas por ejemplo en la tendencia a la sobrefacturación por parte de algunas EPS al FOSYGA, factores que llevaron al autor a reflexionar en torno a la reforma del 2011, en la cual la financiación no es simplemente un factor asociado a la sostenibilidad del sistema, sino un tema de reestructuración financiera. En este sentido el origen, la distribución y el manejo de los recursos deberían modificar de manera estructural el modelo de organización y utilización de los mismos recursos⁴⁸¹.

El problema de la sostenibilidad financiera⁴⁸² no es en sí su existencia sino su motivación, señala el autor, para quien los principios y reglas de sostenibilidad fiscal se basan más en la capacidad de las empresas aseguradoras para generar ganancias ya que su eje continúa siendo la intermediación económica y el negocio privado; pero no define mecanismos para asociar lo financiero con mecanismos para garantizar

⁴⁸¹Ibíd., p. 3

⁴⁸²Según FEDESARROLLO el actual modelo de aseguramiento no es sostenible debido a varias razones: en primer lugar, la tasa de crecimiento de los recobros al Fosyga pone en riesgo la sostenibilidad del Régimen Contributivo y de paso, con la reducción de la solidaridad, la misma sostenibilidad del Régimen Subsidiado; en segundo lugar, el aumento de los cupos en el Régimen Subsidiado y la ampliación de su POS implica una expansión en el gasto, que significa una mayor carga fiscal; y finalmente, el crecimiento inercial de los costos en salud con las nuevas tecnologías, el envejecimiento de la población y el aumento de la cobertura del SGSSS, son temas que presionan el costo de atención en ambos regímenes. En particular, se debe recordar que estos mismos problemas los poseen los regímenes especiales, mediante un aumento en el costo de prestación de servicios a sus afiliados. De otro lado, la igualación de los POS desincentiva a los trabajadores para realizar sus contribuciones a la salud dada la posibilidad de recibir los mismos beneficios en el régimen. La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano subsidiado, por lo que se podría pensar en un eventual estancamiento del crecimiento de las afiliaciones al Régimen Contributivo o, en el peor de los casos, una reducción en las mismas, lo cual también puede traer problemas al Régimen Subsidiado al disminuirse el monto de la solidaridad. En NÚÑEZ, Jairo y ZAPATA, Juan Gonzalo; La sostenibilidad financiera del Sistema de Salud Colombiano –Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro -, FEDESARROLLO, 2012. Disponible en internet: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/La-sostenibilidad-financiera-del-Sistema-de-Salud-Colombiano-Libro-Sura-Final-20121.pdf>. Consultado el 25 de julio de 2015.

derechos, por ende, la sostenibilidad fiscal es un cortapisas que hace restrictiva la política social en salud en el país, y se hace manifiesta en la Ley de 2011.

Por su parte, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), quien representa a prestadores públicos y privados, en su 28° Informe de seguimiento de cartera con corte a junio 30 de 2012, indica que el valor total de la cartera por venta de servicios de salud, para el conjunto de instituciones que reportaron información (130 Instituciones), fue de cuatro billones quinientos veinte nueve mil millones de pesos (\$ 4.5 billones). La mayor participación en la deuda correspondía a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo (36.7%), seguida por las EPS-S del Régimen Subsidiado (26.5%) y en tercer lugar el Estado (16.2%), la cual incluía la deuda de las entidades territoriales de salud y el operador fiduciario del FOSYGA. Lo anterior habla de que existe una crisis de liquidez que atenta contra la sostenibilidad de los prestadores de salud.

Más recientemente, en julio de 2015, importantes instituciones hospitalarias como el Hospital Universitario San Vicente, el Hospital General de Medellín y la IPS de la Universidad de Antioquia, han indicado el inminente cierre de servicios por insostenibilidad financiera. Según sus cálculos, la cartera hospitalaria en el país supera los \$12 billones: a los hospitales privados se les adeuda alrededor de \$7 billones y a los hospitales públicos \$5 billones aproximadamente. Ante la crisis el Gobierno presentó un plan de acción para aliviar la iliquidez del sistema: adición de nuevos recursos al sistema de salud, distintos a la UPC, por valor de \$1,5 billones, crear una línea de créditos blandos para las EPS, destinar nuevos recursos de compra de deudas a las EPS, que se recobrarán en un año a través de la UPC, y las Cajas de Compensación que participan o han participado en el Régimen Subsidiado podrán utilizar algunos recursos para disminuir deudas. Por otro lado, para otorgarle mayor control a la Superintendencia de Salud, el Ministerio decidió que la entidad verificará

de manera anticipada los montos autorizados por las EPS a los prestadores de servicios de salud.⁴⁸³

Podemos concluir respecto a la sostenibilidad financiera, que existe una brecha entre los recursos que se requieren para cumplir con la obligación de garantizar el derecho fundamental a la salud para toda la población colombiana frente a los recursos actuales con que cuenta el sistema y que limitan la posibilidad de brindar un acceso real a los servicios de salud.

Ahora bien, ante las múltiples apreciaciones que existen sobre la sostenibilidad financiera del sistema; en las cuales, por una parte el Gobierno plantea que no es un problema defalta de recursos para el sector sino de liquidez, mientras que las EPS indican que los recursos son insuficientes y las IPSs reclaman por sus servicios facturados yamenazan con el cierre de las instituciones; el problema financiero no se ha abordado de forma estructural por parte del Estado, sino que es reactivo a las coyunturas que se han presentado a lo largo de estos 20 años y está atado al modelo de aseguramiento vigente.

Los aspectos relevantes que afectan la sostenibilidad estan dados en dos niveles, a nivel macro por la baja generación de empleo formal, la pobreza, las limitaciones que se generan por las reglas fiscales y un desarrollo económico deficiente que afecta los recursos generales del sistema y con ello la prestación de los servicios con la calidad esperada teniendo en cuenta que el país adoptó en 1991 la forma ESD y que ello implica que el Estado tiene unas obligaciones en tanto debe cumplir con los fines sociales del Estado.

⁴⁸³EL ESPECTADOR. Media hora sin médicos para exigir pago de deudas: Ministerio y Superintendencia de Salud anunciaron acciones. El Espectador, Disponible en internet: <http://www.elespectador.com/noticias/salud/media-hora-sin-medicos-exigir-pago-de-deudas-articulo-574062>, Consultado el 24 de julio de 2015

Vale la pena mencionar que a pesar del grado de comparabilidad y continuidad que se ha logrado en los trabajos realizados previamente sobre el financiamiento del sector salud, son necesarios más esfuerzos para la consolidación de un sistema único de cuentas nacionales de salud, que sirva como fuente de información para la caracterización del estado actual del sistema de salud colombiano y como guía para los responsables del sector. Dicho sistema debería encargarse de contabilizar el gasto en salud, de tal forma que pueda dar cuenta del crecimiento del mismo y hacer proyecciones con respecto a la sostenibilidad del sistema en su conjunto. Con los anteriores resultados queda claro que el aumento del gasto en salud en el país se ha financiado a través de recursos públicos, bien sea con el presupuesto general de la nación, las regalías, los recursos propios de las entidades territoriales, las cotizaciones de los trabajadores, etc. Por tanto, es correcto afirmar que el nuevo modelo permitió liberar parcialmente a los hogares del gasto de bolsillo, que era muy importante en el modelo anterior.

B. COBERTURA Y ACCESO

Al igual que en otros países de la región, la esencia de la reforma del sistema fue la ampliación de la cobertura en los regímenes contributivo y subsidiado, sobre la base de un esquema solidario de la redistribución del ingreso que permitiría la universalización de los beneficios mediante la protección del asegurado, el cónyuge y los hijos menores, y en algunos casos incluidos los padres y parientes hasta el tercer grado de consanguinidad. Como resultado de la puesta en funcionamiento de la Ley 100, en Colombia hubo un importante aumento en el número de personas afiliadas a la seguridad social en salud.

Tabla 14. Evolución de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social.

Periodo	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	Otros regímenes (exceptuados)	Vinculados	Población DANE	% cobertura	Población cubierta
2000	13.063.046	9.510.560	2.060.465	15.648.146	40.282.217	61,2%	24.634.071
2001	13.077.930	11.062.708	2.060.465	14.605.210	40.806.313	64,2%	26.201.103
2002	13.165.403	11.444.003	2.060.465	14.657.588	41.327.459	64,5%	26.669.871
2003	13.805.201	11.782.431	2.060.465	14.199.324	41.847.421	66,1%	27.648.097
2004	16.029.505	15.553.474	2.060.465	8.724.084	42.367.528	79,4%	33.643.444
2005	15.533.582	18.581.410	2.015.186	6.758.414	42.888.592	84,2%	36.130.178
2006	16.029.505	20.107.223	1.951.351	5.317.308	43.405.387	87,7%	38.088.079
2007	16.295.910	21.196.319	2.060.465	4.373.340	43.926.034	90,0%	39.552.694
2008	17.234.265	22.485.211	2.184.093	2.546.691	44.450.260	94,3%	41.903.569
2009	17.563.485	23.373.913	2.222.126	1.818.234	44.977.758	96,0%	43.159.524
2010	18.723.118	21.665.210	2.347.426	2.773.830	45.509.584	93,9%	42.735.754
2011	19.756.257	22.295.165	2.347.426	1.645.753	46.044.601	96,4%	44.398.848
2012	19.957.739	22.605.295	2.347.426	1.671.363	46.581.823	96,4%	44.910.460
2013	20.150.266	22.669.543	2.402.307	1.898.973	47.121.089	96,0%	45.222.116
2014	20.760.123	22.882.669	2.402.307	1.616.688	47.661.787	96,6%	46.045.099

Fuente: elaboración propia con base en ARCOS PALMA, Óscar. Pobreza y exclusión; de 2004-2009 Informes del CNSS y población total de DANE. Estimaciones 1985-2005 y proyecciones 2006-2009; del 2010 en adelante MINSALUD. SUBDIRECCIÓN DE OPERACIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rd/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/MP/DOA/RL/Generalidades-subdireccion-de-operacion-del-aseguramiento-en-salud.pdf>. Consultado el 1 de mayo de 2015

FUENTE: DANE. Información estadística. Gran Encuesta integrada de hogares. Disponible en: http://buscador.dane.gov.co/search?q=promedio+anual+de+poblacion+en+edad+de+trabajar&btnG.x=0&btnG.y=0&client=DANE_FrontEnd&output=xml_no_dtd&proxystylesheet=DANE_FrontEnd&proxystyle=1&sort=date%3AD%3AL%3Ad1&oe=UTF-8&e=UTF-8&ud=1&exclude_apps=1&site=danegovco&getfields=&filter=0. Consultado 1 mayo 2015

En la Tabla anterior se puede observar el comportamiento de la afiliación en los regímenes Contributivo, Subsidiado, Régimen Exceptuado y la población Vinculada. En 1999 se alcanzó una cobertura del 58.3% sobre 42 millones de habitantes, y la meta era alcanzar el 100% en el año 2000, pero al final de 2010 se anunció que se había alcanzado un 92% de cobertura en salud y al 2014 todavía no se había alcanzado al 100%. Entre 2003 y 2004 se presentó un gran incremento en el Régimen Subsidiado, explicado por la ampliación de la cobertura aprobada por el Ministerio de Protección Social mediante los acuerdos 267 y 272 de 2004, por medio de los cuales se autorizaron recursos del FOSYGA-Solidaridad para “ampliación de cobertura mediante subsidios parciales”⁴⁸⁴ y “se modificaron las condiciones de

⁴⁸⁴CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Acuerdo 267, 6 de agosto de 2004.

acceso”⁴⁸⁵, con lo que se aumentaron los cupos del Régimen Subsidiado en 3.685.527 (1.897.458 plenos y 1.788.069 parciales)⁴⁸⁶, pasando el total de 11.867.947 a 15.553.474 beneficiarios, lo que coincidió con la época anterior al referendo sobre la reelección presidencial.

Entre 2005 y 2006 se evidenciaron problemas en el Sistema de Salud, en cuanto al alcance de la cobertura esperada, desviación de recursos en el Régimen Subsidiado por la politización en el otorgamiento de los subsidios de salud, y corrupción. Nuevamente, entre 2007 y 2008 se presentó un incremento importante en las afiliaciones, que se podría explicar por la aplicación de la Resolución 2598 de 2007 “Por la cual se establece la metodología para la certificación de cobertura mínima en salud de la población pobre, para efectos de la programación y ejecución de los recursos provenientes de regalías directas y compensaciones”⁴⁸⁷.

Las dificultades en el logro de la cobertura del 100% de la población se podría explicar por las características de los individuos y sus familias y el uso político que de ellas mismas se hace. Como lo ha dicho Montenegro:

“El único objetivo del gasto público social debería ser la solución de los problemas de pobreza y miseria (...). Su ejecución debería estar completamente desligada de cálculos y manipulaciones electorales. Debería llegar, por igual, sin condiciones, a los amigos o a los contradictores de los gobernantes”⁴⁸⁸.

“En las democracias que permiten la reelección presidencial se mantiene la duda de que el gasto social se puede dirigir a comprar votos para tratar de mantener a los gobernantes en el poder. Cuando esto sucede se degrada la democracia: se atenta contra la igualdad y el juego limpio. Con esa hipótesis en mente, el destacado economista de la universidad de los

⁴⁸⁵CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Acuerdo 272, 8 de Agosto de 2004.

⁴⁸⁶ Las poblaciones incluidas en esta extensión de cobertura fueron: Cafetera, Indígena, Desmovilizada, Desplazada, Room (gitana), Raizal, y Menores del ICBF.

⁴⁸⁷COLOMBIA. MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Resolución 2598, 31 de Julio de 2007.

⁴⁸⁸MONTENEGRO, Armando. Votos y gasto social. En: El Espectador, 12 de Junio de 2011, p. 35.

Andes Óscar Nupia analizó el impacto electoral del programa Familias en Acción, un esquema de transferencias de dinero creado en el gobierno de Andrés Pastrana como una medida temporal para hacerle frente a la gran recesión [de finales] del siglo pasado. Este programa se amplió en forma considerable en los gobiernos de Álvaro Uribe (ver documento CEDE, 14, Anti-poverty Programs and Presidential Election Outcomes: Familias en Acción in Colombia)⁴⁸⁹.

Y continúa Montenegro:

“... los resultados de esta investigación [de Nupia] deberían servir para motivar reformas encaminadas a separar los programas sociales, especialmente aquellos que entregan auxilios monetarios, de los asuntos electorales. En una situación normal, los apoyos del Estado deberían transferirse incondicionalmente a la gente solo de acuerdo con sus necesidades objetivas, en cumplimiento de las obligaciones sociales del Estado, y no como un acto de generosidad del gobernante que espera, a cambio, como un trueque, el voto de los beneficiarios”⁴⁹⁰.

En cuanto a los usuarios del Régimen Subsidiado, Gutiérrez, analizando la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, encontró que otro de los problemas de cobertura radica en los condicionamientos de territorialidad municipal para la prestación de servicios⁴⁹¹. Así se amplíe la cobertura para el Régimen Subsidiado, mientras continúe la limitación territorial no terminarán las dificultades para el acceso a los servicios. “Actualmente los planes de beneficios no obedecen a un proceso social de priorización en salud, que sea legítimo para toda la sociedad y que logre hacer que los límites sean aceptados cuando se presenta el evento individual de salud no cubierto”⁴⁹². Esta problemática fue abordada por la Ley 1438 de 2011⁴⁹³.

⁴⁸⁹ *Ibíd.*

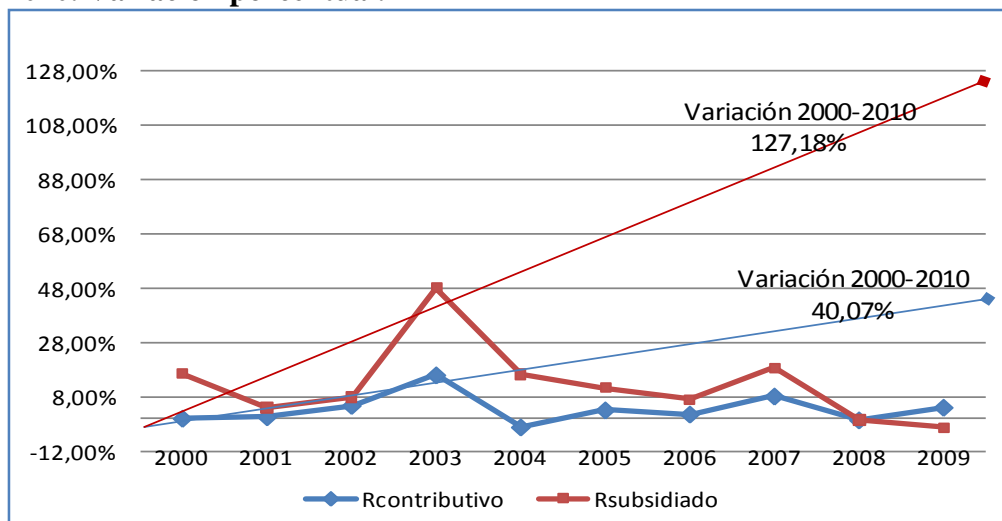
⁴⁹⁰ *Ibíd.*

⁴⁹¹ Cuando una familia con Sisbén cambia de municipio de residencia debe solicitar que la eliminen de la base de datos de la localidad de origen, y una vez se establezca en otro municipio deberá acudir al administrador del Sisbén de ese lugar para ser incluida en la base de datos y poder seguir siendo beneficiaria de los subsidios del Gobierno. El municipio debe disponer del cupo o de recursos para ampliar la cobertura mediante subsidio pleno.

⁴⁹² COLOMBIA. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Evaluación del Plan Obligatorio de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano y lineamientos para su reforma, p. 31, documento de la Dirección General de la Gestión de

En el siguiente gráfico se observa la variación de la afiliación en los dos regímenes señalados, entre el año 2000 (cuando debía estar cubierto el 100% de la población) y el año 2010. Mientras el Régimen Contributivo aumentó en un 40.07%, el Subsidiado lo hizo en un 127,18%.

Gráfico 10. Evolución de la Afiliación al Sistema de Seguridad Social - 2000-2010. Variación porcentual.



Fuente: elaboración propia, con base en datos de los Informes del CNSS, Población total, Proyecciones DANE, Estimaciones 1985-2005 y Proyecciones 2006-2020. El número de afiliados al Régimen Subsidiado corresponde en realidad al número de cupos financiados.

la Demanda, En: GUTIÉRREZ, Diana. La crisis del Sistema de Salud colombiano. Análisis de las estrategias legislativas y judiciales para su solución, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, 2009, Disponible en internet: <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/447/1/pol103.pdf>. Consultado el 17 de febrero de 2010.

⁴⁹³ La Ley 1438 de 2011 tiene por objeto “el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera”: CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 1438 de enero 19 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Disponible en internet: http://www.bibliotecajuridica.com.co/LEY_1438_DE_2011.pdf, Consultado en noviembre de 2011.

La población destinataria del subsidio en salud no parece haber disminuido y las personas sin posibilidad de vincularse al Régimen Contributivo, en esencia los colombianos pobres, en el 2008 eran el 61.28% del total, lo que equivale a cerca de 27 millones de personas, según las proyecciones de población hechas por el DANE. Estas cifras de pobreza difieren de las del DNP (45%) y la Procuraduría General de la Nación (50%)⁴⁹⁴.

La extraña diferencia, de entre 16 y 11 puntos porcentuales, en relación con las cifras del Ministerio de la Protección Social –MPS– conducen a formular tres hipótesis: 1) existe un porcentaje de personas que están siendo vinculadas al Régimen Subsidiado sin justificación, es decir, sin estar registradas como personas pobres por las entidades territoriales; 2) no existen tales personas y en consecuencia se están girando unos recursos injustificados a los territorios, o 3) en efecto, la población pobre se ha incrementado recientemente en los territorios sin estar aún clasificada en los registros del Sisben, lo cual contradeciría las cifras manejadas por Planeación, la Procuraduría e incluso la Presidencia. En cualquiera de los casos, el Ministerio de Protección Social y el Gobierno Nacional tendrían que explicar su gestión⁴⁹⁵.

Gráfico 11. Problemas en la afiliación.

PROBLEMAS	Régimen subsidiado	Sisben	Entre regímenes
Duplicados	114.941	1.516.085	1.596.110
Homónimos	370.091	110.278	
No registrados en Sisben	3.798.871		
Con documento de identificación inválido	3.331.990		

Estudio realizado en 623 municipios, en convenio Universidad Abierta y a Distancia (UNAD) con la Superintendencia de Salud, 2008

⁴⁹⁴ ZAMBRANO RAMÍREZ. Aspectos críticos en la Política de Salud, Op. Cit., p. 81.

⁴⁹⁵ *Ibíd.*

Respecto al acceso es importante señalar que al haber creado regímenes diferenciados mediante los cuales se administra la salud según la condición socioeconómica de los beneficiarios se ha generado inequidad en el acceso a los servicios y propiciado deficiencias en la calidad de los mismos. En la práctica, este criterio profundiza la desigualdad sobre la base del acceso a un derecho fundamental que debe garantizar el Estado, el cual está reglamentado en la Ley 100 de 1993, y en algunas sentencias de la Corte Constitucional.⁴⁹⁶

Ruíz y Uprimny⁴⁹⁷ señalan que para contar con un acceso real a los servicios de salud se deben eliminar las barreras físicas y económicas que impiden a la población la utilización de los servicios. En forma general los modelos de medición del acceso, han determinado que la utilización de los servicios de salud consta de cuatro etapas: 1) entrada al sistema mediante la afiliación, 2) requerimiento del consumo de servicios, 3) acceso a los servicios con o sin problemas de enfermedad, 4) intensidad en el consumo de los servicios. Con respecto a Colombia, con base en el estudio de O'Meara y Cols, 2003, que:

“La cobertura de utilización por parte del esquema de aseguramiento fue muy alta tanto en el Régimen Contributivo como en el subsidiado. Estos resultados indican que éste tiene un efecto positivo sobre la utilización de los servicios de salud. En Colombia, se expresa con más efectividad en los servicios de tipo ambulatorio que tienen una mayor elasticidad al uso que en los servicios hospitalarios. Es relevante que los resultados evidenciaron un potencial racionamiento en la utilización entre la población contributiva con población subsidiada y la no asegurada”⁴⁹⁸.

⁴⁹⁶ZAMBRANO RAMÍREZ. Aspectos críticos en la Política de Salud. Op. Cit., p. 77.

⁴⁹⁷RUÍZ GÓMEZ Fernando; UPRIMNY YEPES Miguel. Sistema de Salud y Aseguramiento Social: entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio. Op. cit. 232-235 p.

⁴⁹⁸ *Ibíd.*, p. 43.

Así mismo, se presentaban otra serie de dificultades para acceder a los servicios de salud, pues, por ejemplo, la población debe probar que está afiliada a alguno de los regímenes. Para el 2008, 6.095.405 personas dijeron no estar afiliadas al sistema de seguridad social, y de estas el 25.2% estaba esperando a que le entregaran su carné. Entre las principales razones aducidas por el 74.8% restante para no estar afiliado, estaba la falta de dinero, la multiplicidad de trámites para hacerlo o el hecho de no tener interés o de haber tenido un descuido al respecto. Es importante señalar que el 11.1% de los encuestados respondió que no tenía vinculación laboral formal⁴⁹⁹.

El estudio que realizó Ayala⁵⁰⁰, mediante modelos probit y la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV), sobre los determinantes de acceso a los servicios de salud entre 1997 y 2012, tomando como referencia las características de oferta y demanda de tales servicios, evidencia que, en un marco de análisis por regiones en Colombia, durante el periodo señalado, el acceso a los servicios médicos, o el porcentaje de personas que usó tales servicios al momento de necesitarlos, tuvo una considerable reducción (del 79,1% al 75%), aún a pesar que se presentara un aumento en la cobertura de aseguramiento en el mismo periodo (del 56,9% al 90.8%), lo que lleva a argumentar que pese al establecimiento de mecanismos de ampliación de cobertura, existen determinantes de oferta y demanda que obstaculizan el acceso real a los servicios.

En cuanto a las de oferta, incluyen obstáculos de carácter organizacional o institucional; la percepción que se tiene sobre la calidad del servicio y las barreras asociadas a disponibilidad de recursos médicos. Las barreras de demanda se relacionan con variables tales como: el nivel de ingresos de la persona o núcleo familiar, la forma en que puede o no asumir el costo de determinados servicios

⁴⁹⁹ DANE. Encuesta de Calidad de Vida 2008.

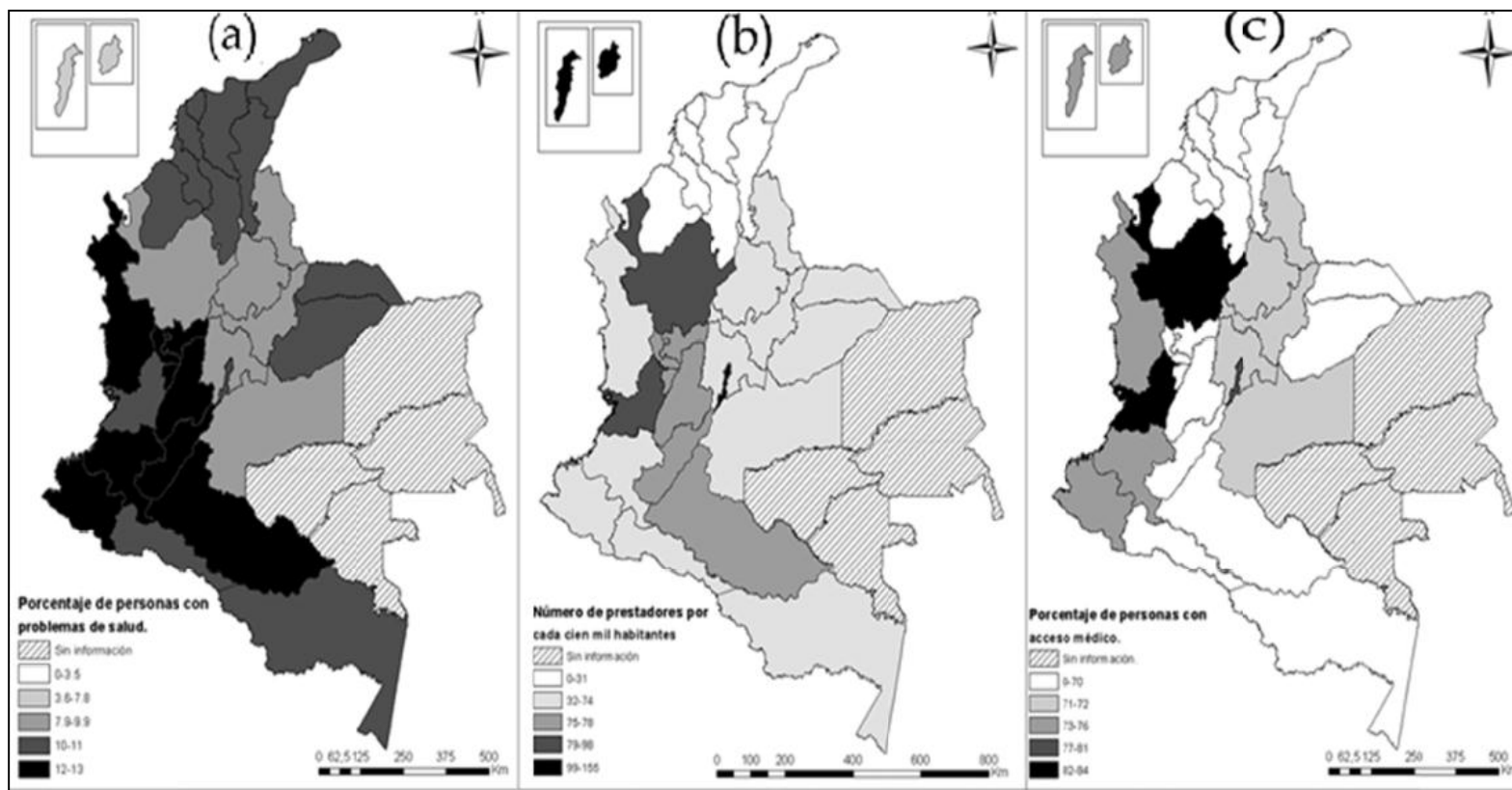
⁵⁰⁰ AYALA GARCÍA, Jhorland. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso, Banco de la República de Colombia, Serie Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional, No 204, Julio, 2014, 45 Op.cit.

médicos, la percepción relacionada con la gravedad del problema de salud, factores culturales y desconocimiento del funcionamiento del SGSSS y de sus derechos.

Otro factor que afecta la relación oferta–demanda, es el número de prestadores existentes en las diferentes regiones del país, es decir, que las disparidades regionales presentes en Colombia, pueden explicarse en parte por las diferencias en la disponibilidad de recursos médicos existentes en cada zona geográfica del país, lo cual permite concluir que no necesariamente una mayor cobertura en aseguramiento, lograda desde la Ley 100 y sus posteriores reformas, incide de manera positiva en un acceso real a servicios médicos por parte de los ciudadanos.

Por ende, el diseño y rediseño del sistema de salud, debe tomar en consideración las disparidades que a nivel territorial, surgen entre variables como necesidad, disponibilidad de recursos y servicios, y acceso real de la población a los mismos; disparidades que son notables si se tiene en cuenta la siguiente figura, la cual:

Gráfico 12. Necesidad, Disponibilidad y Acceso de los Servicios Médicos en Colombia



Fuente: AYALA GARCÍA, Jhorland. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Banco de la República de Colombia, Serie Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional, No 204, Julio, 2014, pág. 15.

“... Refleja las diferencias regionales que existen en toda la cadena del acceso en Colombia, desde las necesidades de atención médica hasta el acceso realizado. Asimismo, la distribución de los prestadores de servicios de salud en el país no responde a las necesidades de servicios médicos en las regiones (Guzmán, 2014). Esto permite pensar que no es sorprendente que existan diferencias en materia de acceso realizado, el cual precisamente requiere que haya disponibilidad de recursos médicos, cuando y donde las personas los necesiten”⁵⁰¹.

Las causas de un menor acceso pese a los incrementos de cobertura, se notan en función de los denominados obstáculos de acceso, mencionados al inicio de este aparte, pero es de resaltar que dichos obstáculos determinan el acceso en unas regiones más que en otras, por ejemplo Antioquia fue la única región del país, que tuvo un crecimiento positivo en el porcentaje de personas con acceso médico comparando los años 1997 y 2012, pasando de 81,7 % al 82, 9%, es decir, un incremento del 1,2%; en cambio, el resto de regiones del estudio, tuvieron en el mismo rango de tiempo, decrecimientos en sus porcentajes de acceso, Bogotá se redujo en un -6,7%, San Andrés y Providencia en un -18%, Región Caribe en un -9,6%, la región Central en un -9,4% y Orinoquia y Amazonia en un -13,7%.

Para finalizar es interesante mencionar que según cálculos de Ayala, con base en la Encuesta Nacional de calidad de Vida para los años 1997 y 2012, el acceso estuvo determinado por obstáculos de la oferta y de la demanda. En el estudio se observa que priman los obstáculos de la demanda y en especial el de la percepción de las personas sobre la gravedad o levedad de su caso, el cual representa más del 50% de las causas por lo que las personas no asisten al médico; mientras que la falta de dinero representa el 11,5% para el año 2012, en relación al 42,3% en el año 1997. Otros factores se revisan en la siguiente tabla.

⁵⁰¹Ibíd. .p. 13.

Tabla 15. Razones por las cuales no tuvieron acceso los colombianos, 1997 y 2012.

Razones	1997	2012
El caso era leve	31,0	54,9
Falta de dinero	42,3	11,5
Mal servicio o cita distanciada en el tiempo	1,4	8,3
El centro de atención queda lejos	4,2	5,8
Muchos trámites para la cita	3,4	5,8
No tuvo tiempo	7,3	5,4
No confía en los médicos	4,8	4,7
Consultó antes y no le resolvieron el problema	4,3	1,8
No lo atendieron	1,4	1,7
Total	100	100

Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida 1997 y 2012. Cálculos del autor.

Fuente: AYALA GARCÍA, Jhorland. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso, Banco de la República de Colombia, Serie Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional, No 204, Julio, 2014, pág. 19.

En la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, se puede identificar qué tipo de población es más vulnerable en cuanto al acceso al sistema y cuáles son los obstáculos centrales:

(...) 1) quienes tienen más problemas para acceder a los servicios de salud en caso de enfermedad son, en su orden, los no afiliados, las personas pertenecientes al Régimen Subsidiado y quienes están en el contributivo; 2) para todos los años las barreras de demanda son registradas como las más importantes a la hora de no acudir a los servicios de salud en caso de enfermedad, en especial aquellas asociadas a la falta de ingresos y a la necesidad percibida.⁵⁰²

Al analizar las razones por las cuales los ciudadanos no utilizan los servicios de salud se evidenció que se encuentran barreras en la oferta y en la demanda, en cuanto a las primeras, una de las más relevantes es la distancia en que se encuentran las IPS (sitios prestadores de salud) en muchos casos distantes del lugar de vivienda o trabajo del usuario. En cuanto a barreras de demanda, las cuales son las mayores, el

⁵⁰²Ibíd., p. 8

principal inconveniente es la necesidad percibida por parte de los usuarios. Los resultados para el total de la serie se ilustran en la siguiente tabla:

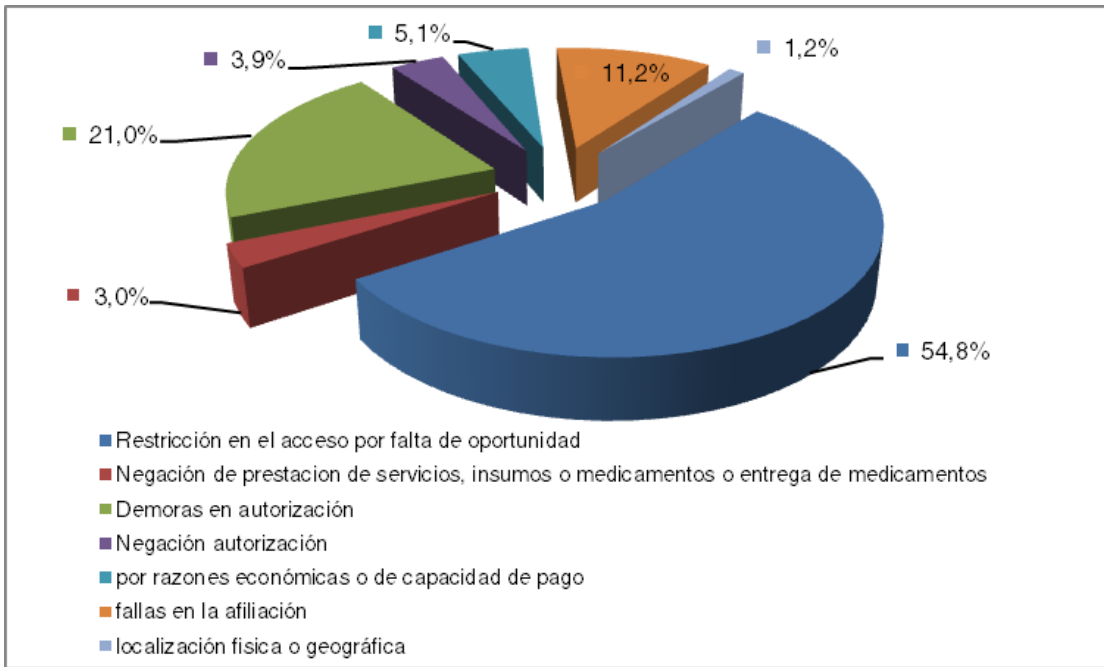
Tabla 16. Razones para no utilizar los servicios de salud, 1997 – 2010

Barreras al acceso	Periodo											
	1997			2003			2008			2010		
	RS	NA	RC	RS	NA	RC	RS	NA	RC	RS	NA	RC
I. Barreras de oferta	17,0	9,2	23,9	16,8	8,2	16,4	18,2	7,9	16,1	18,0	10,6	9,3
a) A la entrada	7,5	5,0	3,5	4,9	3,2	4,9	6,0	2,9	4,5	7,2	1,9	3,3
b) Al interior	5,5	1,2	10,2	7,9	3,1	8,6	8,6	3,7	5,5	7,0	7,3	4,1
c) Continuidad	4,0	3,0	10,2	4,0	1,9	2,9	3,6	1,3	6,2	3,9	1,5	1,9
II. Barreras de demanda	82,8	90,7	74,8	83,3	91,7	83,5	81,8	92,1	83,9	82,0	89,4	90,8
d) Predisposición	12,3	7,7	19,5	15,0	7,5	17,6	18,5	8,7	21,9	18,8	6,8	16,7
e) Dotación (falta de ingresos)	43,7	63,4	9,9	29,5	56,9	10,9	19,6	47,4	5,5	12,7	37,2	8,9
f) Necesidad percibida	26,8	19,6	45,4	38,8	27,3	55,0	43,7	36,0	56,5	50,4	45,4	65,2

Fuente: Observatorio de la Seguridad Social -GES, 2011, pág. 8.

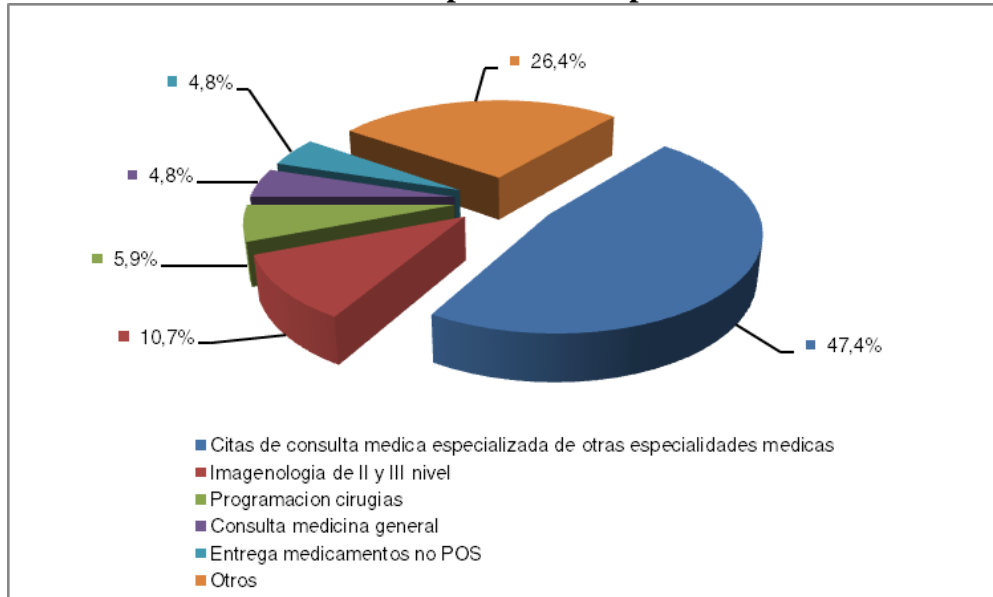
Los inconvenientes de acceso al sistema son ratificados por el Informe de Gestión 2014 de la Superintendencia de salud, en el que se indica que de las 230.225 peticiones, quejas y reclamos presentadas en 2014 ante ese organismo, en el 54.8% de los casos se presentó restricción de acceso por falta de oportunidad, en su mayoría por inconvenientes con la asignación de citas para medicina especializada e imagenología de segundo y tercer nivel; y en el 21% se presentaron quejas por demora en las autorizaciones.

Gráfico 13. Restricción en el acceso a los servicios de salud - 2014



Fuente: Superintendencia de Salud. Informe de gestión 2014, pág.55-67

Gráfico 14. Restricción en el acceso por falta de oportunidad - 2014



Fuente: Superintendencia de Salud. Informe de gestión 2014, pág.55-67

Por lo anterior, aunque ha existido una mejoría en cuanto a cobertura de servicios de salud tanto para la población del Régimen Contributivo, como para la del Régimen Subsidiado, el mayor problema radica en el acceso real a los servicios de salud, por cuanto no se han superado las barreras de oferta y de demanda de servicios que garanticen al ciudadano el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

En cuanto a las barreras de oferta, éstas son relevantes a nivel regional en sitios alejados de los principales centros de desarrollo del país, en donde la infraestructura en salud es deficiente y no se puede garantizar el acceso a todos los niveles de salud con la calidad esperada. En cuanto a las barreras de demanda es necesario contar con acciones efectivas de salud pública y promoción y prevención para que los usuarios acudan tempranamente a los servicios médicos y se promueva efectivamente una cultura de “estar sano”.

Finalmente, es importante indicar que las medidas de aumento de cobertura deben ir de la mano de estrategias para facilitar el acceso a los servicios de salud con el fin de lograr que los ciudadanos gocen del verdadero derecho a la salud sin barreras de acceso.

C. LOS MEDICAMENTOS Y LA GARANTIA DEL ACCESO A LA SALUD

En materia de medicamentos, es importante tener en cuenta que estos son parte integral de los servicios de salud, por lo que son un derecho que se le debe garantizar a los pacientes y por consiguiente hacen parte de las obligaciones del aparato estatal. Por lo anterior, el suministro de medicamentos debe cumplir con los aspectos relevantes de calidad en cuanto a efectividad, disponibilidad, continuidad y acceso. Respecto a este último punto se define según el PIDESC:

“i. la obligación (Estatal) de adoptar las medidas indispensables para asegurar “la prevención y el tratamiento de enfermedades (...) y la lucha contra ellas” (artículo 12.2.c) y ii. La obligación de crear “condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (artículo 12.2.d). Ni una ni la otra son realizables sin el acceso regular de la población a los medicamentos esenciales”⁵⁰³.

Sin embargo, se evidencian ciertos aspectos que se vuelven limitantes para el acceso a medicamentos, en especial en lo atinente a los medicamentos genéricos, entendidos como aquellos que devienen en medicamentos competidores, en función a su ingreso en un mercado, en el entendido que ciertas instituciones nacionales e internacionales otorgan, previa revisión de requisitos tales como seguridad y eficacia del principio activo, la autorización a la empresa productora para que comercialice su medicamento. Estos entran a ser competencia directa del medicamento denominado original o pionero.

Una consecuencia directa de este proceso es que los costos de investigación, producción y comercialización del pionero son mayores, y estos se trasladan al valor final del producto; los precios de los productos genéricos son menores siendo su calidad igual o similar a la del producto pionero, resultando en ventajas para el Estado en cuanto a su obligación de garantizar acceso a medicamentos de bajo costo a poblaciones con recursos limitados. Pese a esto, el problema radica en los derechos de propiedad intelectual que las empresas productoras de medicamentos originales han invocado, para que se limite la comercialización de medicamentos genéricos reduciendo con ellos los determinantes de disponibilidad y accesibilidad que son necesarios para la garantía del derecho a la salud, llevando a un debate dicotómico: las normas de producción y comercialización son invocadas en torno al negocio, o por el contrario como se esperaría son invocadas en términos de la salud.

⁵⁰³ HOLGUÍN, Germán. La guerra contra los medicamentos genéricos. Un crimen silencioso. Editorial Aguilar, primera edición, Bogotá, agosto, 2014: p. 37 - 38

Existen conductas y aspectos que limitan el acceso de los pacientes a medicamentos genéricos, y también minan la capacidad del Estado para garantizar las obligaciones de respetar proteger y cumplir, por ejemplo la concesión que países como Colombia hacen, sobre patentes farmacéuticas en el cumplimiento de acuerdos sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio, conocido por su siglas: ADPIC⁵⁰⁴, en tanto significan sistemas de patentes que ligan el derecho a la salud con la capacidad de una empresa para volverse monopólica en el mercado de medicamentos, y que excluye medicamentos genéricos de la lista de fármacos a los cuales pueden acceder los ciudadanos, lesionando con ello el principio de accesibilidad.

En Colombia, tal vez por desconocimiento o por fallas de planeación, no se reconocían los mecanismos de excepción contenidos en el acuerdo de los ADPIC para proteger la salud pública y el acceso a medicamentos en particular. En la declaración de Doha⁵⁰⁵ se reconoce “la gravedad de los problemas de salud pública que afligen a muchos países en desarrollo y menos adelantados, especialmente la tragedia sanitaria de epidemias como el paludismo, SIDA, Tuberculosis, entre otras; se recalca la necesidad de que el ADPIC, forme parte de la acción nacional e internacional más amplia encaminada a ser frente a estos problemas”. (Punto dos), y afirma que este acuerdo ⁵⁰⁶“puede y deberá ser interpretado y aplicado de una manera que apoye el derecho de los miembros de la OMS de proteger la salud pública, y en particular de promover, el acceso a los medicamentos para todos”; Estos dos acuerdos el de ADPIC y Doha, permiten regular la protección y observancia de los derechos de propiedad intelectual, y de otra parte “concibe unos mecanismos cuyo objetivo es salvaguardar la salud pública de los efectos de dicha protección sobre los

⁵⁰⁴ HOLGUÍN, Germán. La guerra contra los medicamentos genéricos. Un crimen silencioso. Editorial Aguilar, primera edición, Bogotá, agosto, 2014: Op. cit. p 29 -50.

ADPIC. Acuerdos sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio. p. 341-374. Disponible en internet: https://www.wto.org/spanish/docs_s/legal_s/27-trips.pdf

⁵⁰⁵La RONDA DOHA parte del seno de la Organización Mundial del Comercio, cuya orientación fue la liberalización del comercio global. Surge como complemento de la Ronda de Uruguay y se orienta a establecer mecanismos comerciales entre países en desarrollo y países desarrollados.

⁵⁰⁶Ibíd. HOLGUÍN, Germán. p 174-175

precios y el acceso a los medicamentos, y consagra el “derecho de los estados de utilizar tales mecanismos”. Es decir, lo que se debe proteger es el derecho fundamental a la salud.

En los primeros años de la década del 2000 el debate en el seno del sistema multilateral de comercio aceptó que el derecho a la salud estaba por encima de las obligaciones comerciales. El debate se centró en que la salud estaba primero y cuáles eran las excepciones que podían concederse.

En este sentido, las críticas más fuertes aluden a que los intereses internacionales de carácter económico, representados por potencias mundiales como Estados Unidos protegen el interés de las multinacionales farmacéuticas al tratar de restringir la producción local de productos genéricos, lo cual no se relaciona con aquellas obligaciones de respeto y protección del acceso por parte de la población colombiana a medicamentos de buena calidad y bajo costo, sino más bien a una monopolización del mercado farmacéutico. En esta medida se puede decir que dentro del marco social, el TLC influye directamente con la:

- Pérdida de acceso a los medicamentos: debido a que la extensión del tiempo que se le da a las patentes para moléculas pioneras, las cuales son costosas, disminuye la oferta de genéricos, y las personas de bajos recursos no puedan acceder a estos.
- Pérdida de cobertura del sistema de salud: Debido al elevado costo de las medicinas, el presupuesto de las instituciones de salud, tanto públicas como privadas se ve afectado, lo que ocasiona restricciones en la compra (calidad y cantidad) de los mismos, afectando el acceso a los medicamentos por parte de los pacientes.
- Pérdida de bienestar de la población: Debido a que ya no todos tienen la posibilidad de acceder a ciertos medicamentos, el índice de enfermedades aumenta.

- Investigación vs. salud: La investigación de nuevos productos farmacéuticos se convierte en un negocio, desvirtuando su primera finalidad, la cual reside en encontrar cura a enfermedades, prevaleciendo la rentabilidad económica.

En el caso colombiano según el Decreto 2085 del 2002, el periodo de patentes podría ser máximo de 5 años, hasta que se pudiera sacar el medicamento genérico de la patente lo cual trae múltiples beneficios como el bajo costo de los medicamentos, implicando un mayor acceso a los mismos por parte de la población en general pero sobre todo favorece a la población de bajos recursos, lo cual es bastante benéfico para la salud pública además que se traduce también en la progresiva entrada al mercado de más productores, eliminando con ello el monopolio que la patente había generado.

Holguín Zamorano⁵⁰⁷ criticó las reformas del primer período de Uribe desde la perspectiva de los acuerdos y presiones que EEUU ha realizado en el marco de la firma de los Tratados de Libre Comercio (TLC) y otros y su impacto en el SGSSS en el país, en especial en adecuar el sistema a las necesidades de apertura de mercados de las transnacionales farmacéuticas norteamericanas. En este periodo existió una desregulación en el precio de los medicamentos, algunos de los cuales aumentaban más de 5 veces al año sin ningún tipo de control o entraban al mercado con precios muy superiores a los referidos internacionalmente, lo que impactó negativamente las finanzas del sector salud.

El Gobierno del presidente Santos, ante la llamada crisis de sostenibilidad financiera del sistema y el acceso a los medicamentos por parte de los usuarios, generó dos grandes iniciativas, la primera respecto al control de precios de

⁵⁰⁷HOLGUÍN ZAMORANO, Germán. El Tratado de Libre Comercio. Jaque a la salud pública. En: BORRERO GARCÍA, Camilo & PAREDES HERNÁNDEZ, Natalia (Ed) Deshacer El Embrujo. Alternativas a las políticas del gobierno de Álvaro Uribe Vélez. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo; Bogotá, 2006, p.63 – 69

medicamentos y la segunda frente a la reglamentación de la comercialización en el país para los medicamentos biotecnológicos.

Respecto a la primera, mediante la Circular No 03 de 2013, el Gobierno define la metodología para la regulación de precios de medicamentos basada en el PRI (Precio de referencia por comparación Internacional), lo cual ha impactado favorablemente al sistema de salud desde su promulgación, ya que los medicamentos incluidos en la regulación han bajado considerablemente sus precios.

En cuanto a la regulación de los medicamentos biotecnológicos, el Gobierno en el año 2014 aprobó un decreto para favorecer a los medicamentos biosimilares, en contravía de presiones de las multinacionales. Un informe publicado por “Observamed” indica que de acuerdo con los reportes de las farmacéuticas, entre 2008 y 2013 las ventas acumuladas de solo 10 biofármacos sumaron \$3 billones⁵⁰⁸. El debate se dio entre las farmacéuticas internacionales las cuales abogaban por que los biosimilares (genéricos de las moléculas originales) debían presentar los mismos estudios que las pioneras, mientras que el gobierno y las compañías de genéricos planteaban una vía rápida para su aceptación en el mercado colombiano. Finalmente, el gobierno en el Decreto 1782 del 2014, circunscribe los requisitos para los biotecnológicos a 9 tipos de pruebas que permitan garantizar la calidad de los medicamentos y la seguridad del paciente. Lo anterior con miras a mejorar el acceso de los pacientes para este tipo de productos e impactar positivamente el presupuesto del SGSSS.

Se puede concluir en cuanto al mercado de los medicamentos, que no se pueden desconocer las presiones que realizan las empresas farmacéuticas multinacionales, apalancadas en acuerdos internacionales para lograr la introducción y venta de sus productos en los países en vía de desarrollo como Colombia; en contraposición de una tendencia cada vez mayor de utilizar productos genéricos con la misma eficacia

⁵⁰⁸ANDIA, Oscar .La regulación de los biotecnológicos: un paso correcto. En: Razón Pública Disponible en internet: www.razonpublica.com 6 de octubre de 2014.

de los productos originales y a muy bajo costo con el fin de brindar mayor acceso y cobertura de este servicio a la población en bien de la salud pública .

Colombia actualmente favorece el mercado de genéricos aunque continúa con la política de patentes para medicamentos originales de máximo 5 años; no obstante, ha tomado otras medidas para favorecer el acceso y la sostenibilidad financiera en este aspecto como son: la regulación del precio de medicamentos originales basados en el PRI (Precio de referencia por comparación Internacional), y la nueva regulación para medicamentos biotecnológicos, con lo cual favorece la producción de estos medicamentos por parte de los laboratorios genéricos.

D. LA ACCION DE TUTELA EN SALUD

La acción de tutela fue concebida bajo la idea de ser de fácil acceso para cualquier ciudadano. En palabras del constitucionalista Osuna Patiño, es:

“Un procedimiento judicial breve y sencillo, por medio del cual puede solicitarse la protección directa de los derechos fundamentales, ante su vulneración por parte de las autoridades, o de particulares en determinados casos (...) ha sido la figura que mayor dinámica ha impartido al nuevo orden constitucional, a la vez que ha resultado ser la herramienta que mayor legitimación popular ha otorgado a la Constitución. Sus principales características procesales (...) apuntan al fácil acceso, el antiformalismo, la prevalencia del derecho sustancial sobre las cuestiones de procedimiento, y enmarcan la acción dentro de la justicia constitucional, mediante un peculiar sistema de revisión de los fallos de instancia en la Corte”⁵⁰⁹.

Este mecanismo, en su desarrollo,

⁵⁰⁹OSUNA PATIÑO, Néstor Iván. Panorama de la Justicia Constitucional colombiana, Op. Cit., p. 637-638. Véase también OSUNA PATIÑO, Néstor Iván. Tutela y amparo: derechos protegidos, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 1999.

“Ha originado una pequeña-gran revolución jurídica en Colombia. El formalismo excesivo que inundaba la práctica judicial, los criterios tradicionales de interpretación del derecho, así como la minusvaloración de la llamada parte dogmática de la Constitución, han saltado en pedazos ante los fallos de tutela de los jueces ordinarios y de la Corte Constitucional. Su lugar lo ocupan hoy en día los principios de prevalencia del derecho sustancial sobre los procedimientos, de interpretación conforme a los derechos fundamentales y de eficacia directa de la Constitución”⁵¹⁰.

La Corte Constitucional es la responsable de velar por el cumplimiento de la Constitución en un ESD y por ende verificar que se cumpla con la garantía de los derechos fundamentales para toda la población:

“Los derechos sociales son derechos de la persona y su realización es esencial para la continuidad e imparcialidad del proceso democrático, por lo cual debemos admitir algún control judicial sobre las decisiones económicas. Preservar el control constitucional sobre las decisiones económicas es entonces defender la eficacia jurídica de los derechos sociales, lo cual es importante para la consolidación democrática en un país como Colombia, con desigualdades profundas y niveles intolerables de pobreza. En esas situaciones, la defensa de la fuerza normativa de los derechos sociales adquiere aún mayor sentido, precisamente porque las necesidades insatisfechas de las personas son enormes (Cifuentes, 1994). La Corte Constitucional ha tenido entonces razón en entrar a analizar esos temas y en defender vigorosamente los derechos sociales, pues si queremos construir un verdadero Estado Social de Derecho debemos, parafraseando a Dworkin, tomar en serio los derechos sociales”⁵¹¹.

La acción de tutela posibilita a cualquier persona su interposición en cualquier tiempo y sin necesidad de requisitos predefinidos, lo que lleva a señalar que en el país es una tendencia la búsqueda de protección individual, en tanto cada tutela se

⁵¹⁰ *Ibíd.*, p. 639.

⁵¹¹ UPRIMNY YEPES, Rodrigo. “Legitimidad y conveniencia del control constitucional a la economía”, en *Independencia judicial en América Latina. ¿De quién? ¿Para qué? ¿Cómo?*, Bogotá, ILSA, 2003, Disponible en internet: <http://ilsa.org.co:81/biblioteca/dwnlds/taq/taq02/Taq02-05-09.pdf>, Consultado el 15 de noviembre de 2011.

entiende como una acción particular en aras de garantizar un tópico relacionado con los derechos fundamentales.

Según la Defensoría del Pueblo, en el periodo 2003 a 2005, el número de acciones de tutela que se interpusieron fue de 571.834, es decir un promedio de 190.111 por año; este número fue aumentando hasta llegar a casi 500.000 en el año 2014; presentándose el pico más alto en el 2008, año en el cual se conoce la sentencia T-760 de la Corte Constitucional.

La siguiente tabla, muestra la tendencia creciente que ha tenido la acción de tutela desde el año de 1999 hasta el 2014 versus las tutelas específicas por salud, que también han presentado una tendencia al aumento.

Tabla 17. Registro de tutelas en Colombia - 1999-2014

AÑO	TUTELAS		Participación salud en el total	% Crecimiento Anual	
	TOTAL	Salud		TOTAL	Salud
1999	86.313	21.301	24,7%		
2000	131.764	24.843	18,9%	52,7%	16,6%
2001	133.272	34.319	25,8%	1,1%	38,1%
2002	143.887	42.734	29,7%	8,0%	24,5%
2003	149.439	51.944	34,8%	3,9%	21,6%
2004	198.125	72.033	36,4%	32,6%	38,7%
2005	224.270	81.017	36,1%	13,2%	12,5%
2006	256.166	96.226	37,6%	14,2%	18,8%
2007	283.637	107.238	37,8%	10,7%	11,4%
2008	344.468	142.957	41,5%	21,4%	33,3%
2009	370.640	100.490	27,1%	7,6%	-29,7%
2010	403.380	94.502	23,4%	8,8%	-6,0%
2011	405.359	105.947	26,1%	0,5%	12,1%
2012	424.400	114.313	26,9%	4,7%	7,9%
2013	454.500	115.147	25,3%	7,1%	0,7%
2014	499.076	118.281	23,7%	9,8%	2,7%
TOTAL	4.508.696	1.323.292	29,3%		

Nota: 2014 se proyectó con la información de que las tutelas en salud correspondían al 23,7% del total. En: <http://laotracara.co/nota-ciudadania/118-281-tutelas-en-colombia-en-2014-para-recibir-servicios-de-salud/>

FUENTES: CORTE CONSTITUCIONAL; DEFENSORIA DEL PUEBLO COLOMBIA: La Tutela y el Derecho a la Salud. Periodo 2003-2005; 2006-2008 ; Periodo 2009-2010; Periodo 2011-2013.

En cuanto a los derechos tutelados, el de salud ha aumentado en relación con los otros derechos fundamentales y ya para el año 2010 era el que predominaba por encima de los derechos económicos, sociales y culturales y por encima también del derecho a la vida.

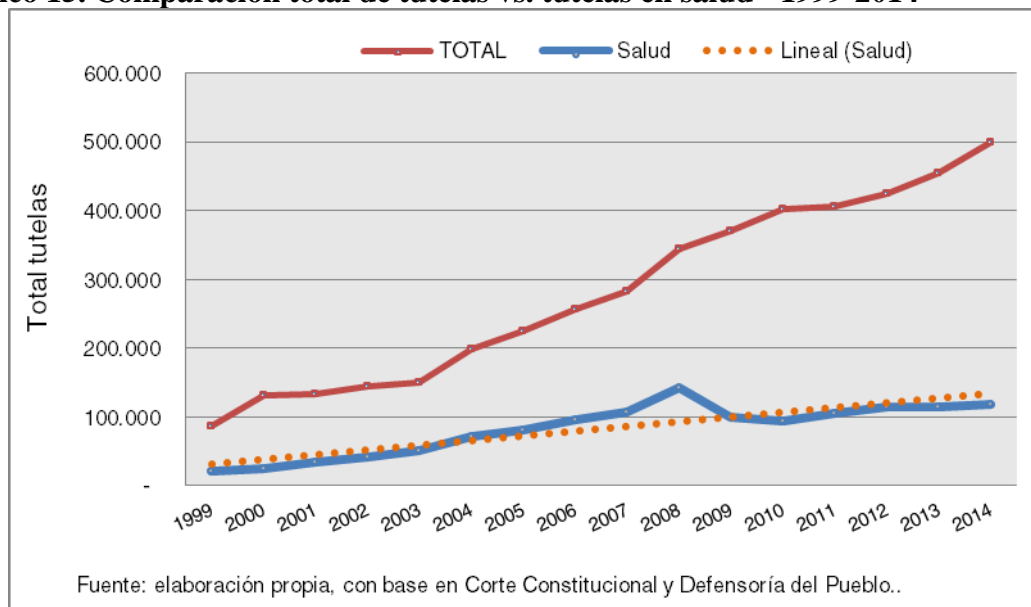
Tabla 18. Derechos invocados en las tutelas - 2003-2010

DERECHOS INVOCADOS EN LAS TUTELAS PERIODO 2003-2010	PERIODO											
	2003-2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	No. tutelas	% en tutelas	No. tutelas	% en tutelas	No. tutelas	% en tutelas	No. tutelas	% en tutelas	No. tutelas	% en tutelas	No. tutelas	% en tutelas
Vida	208.838	36,4%	86.320	33,7%	91.251	32,2%	88.621	25,7%	65.240	17,6%	41.421	10,3%
Petición	208.054	36,3%	99.819	39,0%	103.844	36,6%	113.224	32,9%	136.645	36,9%	162.983	40,4%
Salud	204.994	35,7%	96.229	37,6%	107.238	37,8%	142.957	41,5%	100.490	27,1%	94.502	23,4%
Debido proceso y defensa	101.623	17,6%	40.270	15,7%	44.364	15,6%	42.281	12,3%	45.082	12,2%	51.480	12,8%
Igualdad	67.856	11,9%	17.151	6,7%	14.292	5,0%	17.176	5,0%	21.006	5,7%	20.261	5,0%
Derechos económicos, sociales y culturales	66.995	11,9%	68.033	26,6%	57.594	20,3%	77.268	22,4%	95.431	25,7%	89.227	22,1%
Trabajo	36.619	6,5%	8.718	3,4%	7.541	2,7%	9.071	2,6%	9.685	2,6%	10.843	2,7%
Vida digna Dignidad humana	16.811	2,8%	16.189	6,3%	16.810	5,9%	41.197	12,0%	53.798	14,5%	65.184	16,2%
Intimidad, buen nombre y honra	10.312	1,9%	2.668	1,0%	3.007	1,1%	3.196	0,9%	3.744	1,0%	4.053	1,0%
Libertad de enseñanza, educación, investigación	9.451	1,7%	2.791	1,1%	5.675	2,0%	3.443	1,0%	6.537	1,8%	5.022	1,2%
Protección al menor y mujer embarazada	8.905	1,5%	3.685	1,4%	3.959	1,4%	4.878	1,4%	3.886	1,0%	2.361	0,6%
Reparación e indemnización	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1.471	0,4%
Integridad física	8.170	1,4%	4.458	1,7%	1.838	0,6%	5.299	1,5%	3.674	1,0%	3.316	0,8%
Libre desarrollo de la personalidad	2.658	0,5%	670	0,3%	502	0,2%	566	0,2%	697	0,2%	574	0,1%
Libertad de asociación	2.287	0,4%	592	0,2%	445	0,2%	394	0,1%	604	0,2%	347	0,1%
Libertad individual	1.886	0,3%	707	0,3%	513	0,2%	528	0,2%	933	0,3%	885	0,2%
Libertad de expresión e información	1.455	0,3%	180	0,1%	176	0,1%	299	0,1%	200	0,1%	245	0,1%
Derechos colectivos y del medio ambiente	1.089	0,2%	231	0,1%	367	0,1%	295	0,1%	256	0,1%	289	0,1%
Personalidad jurídica	984	0,2%	534	0,2%	834	0,3%	970	0,3%	2.513	0,7%	2.809	0,7%
Libertad de locomoción	713	0,1%	134	0,1%	121	0,0%	117	0,0%	177	0,0%	130	0,0%
Libertad de escoger profesión u oficio	351	0,1%	21	0,0%	67	0,0%	28	0,0%	38	0,0%	38	0,0%
Paz	341	0,1%	61	0,0%	45	0,0%	53	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Derechos políticos	298	0,1%	144	0,1%	468	0,2%	250	0,1%	110	0,0%	306	0,1%
Libertad de culto	123	0,0%	20	0,0%	28	0,0%	27	0,0%	21	0,0%	27	0,0%
Libertad de conciencia	75	0,0%	15	0,0%	12	0,0%	13	0,0%	12	0,0%	28	0,0%
Asilo	1	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Otros	821	0,1%	2.275	0,9%	5.985	2,1%	637	0,2%	979	0,3%	65	0,0%
TOTAL TUTELAS INTERPUESTAS	571.834		256.166		283.637		344.468		370.640		403.380	

FUENTES: CORTE CONSTITUCIONAL y DEFENSORIA DEL PUEBLO COLOMBIA. La Tutela y el Derecho a la Salud. Periodo 2003-2005. Consultado en internet http://www.consultorsalud.com/gestarsalud/documentos/tutela_salud.pdf. Periodo 2006-2008 consultado en DEFENSORIA DEL PUEBLO. La Tutela y el Derecho a la Salud.pdf. Bajado de internet 17/03/2010. Periodo 2009-2010 consultado en http://www.defensoria.org.co/red/usuarios/prensa/images/pdf/1324_1310582146.pdf, 18/7/2011

La proliferación del uso de la tutela⁵¹² es una prueba de las deficiencias del Sistema de Salud en todos sus niveles. Todas estas reflejan un problema general: la confusión generalizada de los agentes del sistema acerca de las competencias y funciones al momento de prestar los servicios de salud⁵¹³. Continúa Osuna Patiño diciendo que “La acción se ha mostrado eficaz para la protección de los que podrían denominarse *derechos de la cotidianidad* (...). Las líneas jurisprudenciales más apreciadas por la ciudadanía se refieren al derecho a la salud, que ha pasado a tener una conformación más jurisprudencial que legal”⁵¹⁴.

Gráfico 15. Comparación total de tutelas vs. tutelas en salud - 1999-2014



⁵¹² PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN, DEJUSTICIA y ACCD. 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 de salud, Bogotá, mayo de 2008, p. 151.

⁵¹³ ZAMBRANO RAMÍREZ. Aspectos críticos en la Política de Salud, Op. Cit., p. 84.

⁵¹⁴ OSUNA PATIÑO. Panorama de la Justicia Constitucional colombiana, Op. Cit., p. 639.

Tomando como referencia a Uprimny y Durán⁵¹⁵, la justiciabilidad de la salud, esto es, la protección de dicho derecho mediante mecanismos judiciales, se ha traducido en una práctica extendida en los países de América Latina de los cuales Colombia, no ha sido la excepción, especialmente con posterioridad a la expedición de la Ley 100 de 1993, periodo que se constituye en una explosión del uso de la tutela como mecanismo para hacer exigible dicho derecho.

Sin embargo, lo central de este estudio no es la cuantificación de las etapas que se pueden de-construir del uso de la tutela en el país⁵¹⁶, sino el análisis de regresividad o equidad generada a partir de su uso. Se entiende por una parte que los casos de tutelas desarrollados en el país, implican un mayor grado de desigualdad en tanto hay una tendencia (aunque decreciente) a que sea la población de mayores recursos la que realice un mayor uso de la misma, y por ende a obtener beneficios incluso sobre población más pobre), pero también habría que reconocer impactos de equidad, en tanto las herramientas judiciales asociadas a la tutela y en aras de racionalizar su uso, han dado con reformas al SGSSS que benefician a la población en forma colectiva.

Se debe realizar una apreciación y es que en el caso colombiano, cuando se hace alusión al tema de la justiciabilidad se debe tomar como referencia por una parte el mecanismo de la tutela, como aquel instrumento de protección de carácter constitucional, pero por otra parte, también conforman mecanismos de justiciabilidad aquellas medidas que desde el ámbito legislativo e incluso mediante intervención de

⁵¹⁵UPRIMNY, Rodrigo y DURÁN, Juanita. Equidad y protección judicial del derecho a la salud en Colombia. Serie Políticas Sociales No 197; Santiago de Chile, CEPAL– Cooperación Alemana, 2014; 70 p.

⁵¹⁶Desde los aspectos de orden cuantitativo, con la expedición de la Ley 100 de 1993 se incrementa el volumen y masificación del uso de la tutela incrementándose, según datos de la Defensoría del Pueblo, entre 1999 y 2008 en más del 550%, siendo este último año aquel en el que se presentó el pico más alto de tutelas en la materia. En 2009 inicia una tendencia decreciente en su uso, gracias a la adopción por parte de las autoridades judiciales y administrativas de mecanismos que posibilitaron su racionalización, es decir al ordenar el SGSSS como fue el caso de la sentencia T-760 de 2008

autoridades judiciales, se han desarrollado para adecuar al SGSSS a necesidades concretas en materia de protección de derechos o de regulación del mismo, que no están directamente asociadas a procesos provenientes de la invocación de la tutela.

Una de las iniciativas para conjurar esta realidad se expresa a través de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional. Sin embargo, el Gobierno Nacional, responsable inmediato de instrumentalizar las directrices del Alto Tribunal, aún no las cumple en su totalidad.

El estudio por parte de la Corte Constitucional en cada uno de los casos estudiados ha producido un blindaje del derecho a la salud a nivel nacional, pues con base en sus sentencias la normatividad del sector salud ha ido desarrollándose dentro del marco de los derechos consagrados en la Constitución. La ausencia de soluciones a nivel del Congreso y/o del Gobierno Nacional ha conducido a la Corte a configurarse como el legislador de la materia. No sorprende entonces que la proliferación de las acciones de tutela sea hasta hoy consecuencia de su efectividad, aun por encima de la gestión del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, la Superintendencia de Salud o el Ejecutivo.

La Corte ha corregido el enfoque con el cual se prestaban los servicios de salud, priorizando el respeto por los derechos sociales y castigando el criterio de estratificación de servicios según la capacidad económica, enfoque que ha revelado varias deficiencias de los actores del sistema, en especial de los “articuladores” o EPS, sobre quienes recae el mayor porcentaje de tutelas, particularmente aquellas correspondientes al Régimen Contributivo.

Tabla 19. Tutelas en salud, según tipo de entidad demandada 2012-2013

Tipo de entidad	2012		2013		Var %
	No. Tutelas	% part.	No. Tutelas	% part.	
EPS solamente en Régimen Contributivo	48.802	42,4%	54.523	47,3%	11,7%
EPS Solamente en Régimen Subsidiado	27.937	24,3%	28.019	24,3%	0,3%
EPS en Régimen Contributivo y Subsidiado	11.194	9,7%	9.508	8,2%	-15,1%
Entes Territoriales	11.386	9,9%	6.121	5,3%	-46,2%
Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)	3.670	3,2%	4.473	3,9%	21,9%
Inpec/Penitenciarias	2.332	2,0%	2.753	2,4%	18,1%
Regímenes de excepción	2.048	1,8%	2.299	2,0%	12,3%
Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) y Aseguradoras	1.090	0,9%	1.318	1,1%	20,9%
Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP)	1.317	1,1%	1.299	1,1%	-1,4%
Empresas de Servicios Públicos	513	0,4%	413	0,4%	-19,5%
Empresas de Medicina Prepagada	163	0,1%	187	0,2%	14,7%
Empresas adaptadas al Sistema	107	0,1%	113	0,1%	5,6%
Otras entidades	4.467	3,9%	4.346	3,8%	-2,7%
Total	115.026	100%	115.372	100%	0,3%

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo.

En el año 2008 el 5,06% las tutelas en salud, sobre el total de recursos, venían de parte del Régimen Contributivo, mientras que los beneficiarios del Subsidiado y de las entidades territoriales interpusieron solo el 0,40% de ellas (171, según Procuraduría 2008; el 24.1% restante de las tutelas fueron interpuestas por beneficiarios de regímenes no determinados por la fuente). Para 2012 y 2013, según la Corte Constitucional, el mayor porcentaje de tutelas seguía correspondiendo a EPS del Régimen Contributivo seguido por las EPS del Régimen Subsidiado aunque en menor proporción. Juzgar este fenómeno sobre la base de la calidad de los servicios y tratamientos suministrados por el POS de cada régimen parecería incongruente, pues aquel que presenta más acciones legales está cobijado con un paquete de mejor calidad⁵¹⁷.

Este fenómeno puede responder a una pasividad del beneficiario del Régimen Subsidiado con respecto a la exigencia de sus derechos, a la tolerancia de un POS reducido en ocasiones a la mitad (“posito”) y a los errores administrativos en la prestación del servicio; no encuentra otra explicación que la institucionalización de la

⁵¹⁷ZAMBRANO RAMÍREZ. Aspectos críticos en la Política de Salud, Op. Cit., p. 85.

baja calidad sobre la base de la gratuidad. El trasfondo de este fenómeno es una falta de apropiación del derecho a la salud y su exigencia en los sectores más vulnerables, lo que puede explicar la diferencia en el número de tutelas entre los dos regímenes, pues las marcadas ventajas en términos económicos y educativos posibilitan encontrar menor resistencia al momento de instaurar acciones legales a aquellos integrantes del Régimen Contributivo, ya sea por su conocimiento de la ley, su mayor conciencia de los derechos o un mayor acceso a las herramientas que permiten instaurar la acción de tutela⁵¹⁸.

Tabla 20. Porcentaje de solicitudes POS en cada régimen 2003-2013

Año	Contributivo	Subsidiado	General
2003	55,5%	62,4%	56,0%
2004	59,7%	67,4%	60,4%
2005	52,2%	60,8%	53,1%
2006	67,4%	39,3%	60,9%
2007	54,3%	33,3%	50,7%
2008	54,9%	32,7%	49,3%
2009	59,9%	76,5%	68,2%
2010	54,0%	73,8%	65,4%
2011	64,2%	70,3%	67,8%
2012	65,3%	75,6%	70,9%
2013	64,9%	75,6%	70,0%

Fuente: Corte Constitucional.

Cálculos: Defensoría del Pueblo.

Rodríguez Garavito⁵¹⁹ hace alusión a los procesos de litigio desarrollados en el país, en el que el papel de los jueces es central en tanto sus intervenciones operan modificaciones en el sistema; así las cosas, jueces principalmente en las jurisdicciones penal y civil, devienen en contrapesos o complementos a los intereses de otros actores del sistema como por ejemplo el Gobierno Nacional, las empresas de

⁵¹⁸ZAMBRANO RAMÍREZ. Aspectos críticos en la Política de Salud, Op. Cit., p. 85.

⁵¹⁹RODRÍGUEZ GARAVITO, César. La judicialización de la salud: síntomas, diagnóstico y prescripciones. En: Bernal, O. Gutiérrez, C. (Comp.) La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones. Bogotá: Universidad de los Andes, Escuela de Gobierno, Ediciones Uniandes, 2012, p. 507 – 561.

aseguramiento, las IPS, e incluso empresas farmacéuticas y grupos o asociaciones de usuarios.

En el trasfondo las acciones de tutela en salud se deben a la no existencia de instancias administrativas adecuadas, incluyendo también la no recurrencia de los CTC como espacio técnico-administrativo para la resolución de conflictos de los pacientes, haciendo que estos recurran a entablar acciones de tutela fundamentadas en el acceso a tratamientos, medicamentos o cirugías incluidas o no en el POS. Dichas solicitudes son resueltas la mayoría de las veces por los jueces en forma positiva para los peticionarios, conforme a un análisis casuístico o individualizado, que contadas excepciones ha servido de base para reformas estructurales del sistema. Así las cosas, la indagación por los factores inherentes al sistema que conllevan a la población a recurrir al litigio se detallan:

- Inexistencia de mecanismos administrativos eficaces para la resolución de conflictos
- Incumplimiento de deberes contractuales o legales por parte de las EPS
- Existencia de “zonas grises” en el POS y ausencia de regulación sobre su actualización
- Debilidad del sistema de inspección, vigilancia y control.

Los estudios realizados por el Ministerio de la Protección Social y la Defensoría del Pueblo muestran que en su gran mayoría los diagnósticos corresponden a enfermedades graves. Gran parte de los servicios tutelados corresponden a Medicamentos, Cirugías y Tratamientos como se puede observar en el siguiente cuadro:

Tabla 21. Tipo de servicio litigado

Tipo de servicio litigado	Solicitudes 1999 a 2013
Citas médicas	191.593
Cirugías	284.146
Tratamientos	351.899
Procedimientos	41.742
Exámenes paraclínicos	219.066
Imágenes diagnósticas	79.179
Medicamentos	341.056
Prótesis y órtesis	171.636
Otras relacionadas con el sistema	161.750
Otras	56.979
Total solicitudes	1.899.046

Elaboración propia. Fuente: UPRIMNY, Rodrigo y DURÁN, Juanita. "Justiciabilidad del derecho a la salud en Colombia y equidad salud en Colombia y equidad" s.e. 2013, pág. 9 y Defensoría del Pueblo. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2013.

Las tutelas por tratamientos siguen el mismo patrón de concentración en el POS y en el Régimen Contributivo. La existencia de tutelas por citas médicas evidencia barreras de acceso y de oportunidad de la atención para los afiliados a los seguros.

En tal sentido, la Corte considera que deben ser el propio sistema y sus instancias, tales como los Comites Tecnico Cientificos CTC, quienes estudien y aprueben las reclamaciones de sus afiliados, lo que ha traído como consecuencia un cambio en la composición de las reclamaciones: así, a partir de 2008 las autorizaciones vía CTC se han tornado más importantes que las tutelas. Esto prueba que no son los jueces quienes inducen la demanda, sino que se trata de servicios de salud necesarios para enfrentar las enfermedades de la población⁵²⁰.

Ahora bien, en función del principio de progresividad, y en aras de reducir la desigualdad generada, puede señalarse que las autoridades judiciales han desarrollado mecanismos tales como la capacidad de acceso de toda la población para acceder a

⁵²⁰RAMÍREZ MORENO. La emergencia social en salud, Op. Cit., p. 135.

los servicios de justicia, complementado con la capacidad que tienen los jueces de la República para analizar en el contexto de las tutelas interpuestas, la capacidad de pago del demandante, para así verificar si se financian con recursos públicos, aquellas prestaciones que se encuentran por fuera del POS, pero que los propios litigantes podrían financiar con sus propios recursos, aspectos que como señalan los autores, se ha desarrollado en el caso colombiano, y se ha intensificado pese a dos obstáculos: primero la capacidad económica de quienes solicitan servicios no cubiertos en el POS, sólo se analiza en sede de tutela pero no así en los procesos de autorización ante los CTC (comités técnico-científicos); y segundo, una no rigurosa aplicabilidad de criterios por parte de los jueces de (pese a existir un test para decidir sobre la procedencia de la tutela) lo cual deja abierto a su discrecionalidad si revisan aspectos como la capacidad de pago del litigante o no⁵²¹.

En el contexto colombiano, los autores concluyen sobre la justiciabilidad de la salud, que los procesos de tutela y litigio sobre el derecho generan impactos mixtos, es decir regresivos y de igualdad en tanto los primeros son causados por el carácter de medidas individualizadas, que pese a su naturaleza, debido a procesos de masificación, conllevan algunas veces a procesos de rutinización, pero en otros a procesos de reforma del sistema, logrando con ello, beneficios ampliables a un mayor nivel de la población:

(...) las decisiones “estructurales” de la Corte Constitucional, como la T-760 de 2008 sobre salud, o la T-025 de 2004 sobre desplazados, o las relativas a las licencias de maternidad, han tenido un impacto redistributivo e igualitario claro, pues eliminaron la inaceptable discriminación entre los planes de salud de la población según su capacidad de pago, protegieron y mejoraron la situación de los desplazados, que son los más vulnerables entre los vulnerables, y ampararon a mujeres madres en condiciones precarias”.⁵²²

⁵²¹Ibíd., p. 43 – 44.

⁵²²Ibíd., p. 59

Ramírez, Ferro y otros estudiosos del tema de las tutelas y los recobros, a través del seguimiento hecho a las mismas, han llegado a las siguientes conclusiones: El total de las tutelas y de los recobros por CTC pagados en el Régimen Contributivo representan el 5.06 del total de las fuentes y el 12.7% del total de recursos del Régimen Contributivo. En tanto que en el Régimen Subsidiado las tutelas pagadas con la cuenta de solidaridad representan el 0.4% del total de las fuentes y el 1.93% de los recursos disponibles del Régimen Subsidiado, sin contar con las deudas de la nación a la cuenta de solidaridad. Así pues, “No se entiende cómo estos montos ponen en grave riesgo la estructura financiera del sistema y menos aún cuando los saldos de períodos anteriores acumularon recursos para pagar estas reclamaciones. En tal sentido las tutelas y recobros no ponen en riesgo a las EPS y a los Hospitales, y menos aún al Régimen Subsidiado y Contributivo”⁵²³.

En general, vemos dos efectos principales de la instauración de la acción de tutela en materia de salud, el primero es que ha permitido revelar las actuales fallas del Sistema de Vigilancia, Inspección y Control y, en consecuencia, se ha configurado como el mecanismo de valoración más visible de la política pública ejecutada. El segundo, es que, a pesar de su efectividad, esta acción legal NO POSibilita resolver las problemáticas del Sistema de Salud y, por el contrario, se concentra en casos individuales, responde en mayor medida a un requerimiento del Régimen Contributivo y puede ignorar algunas deficiencias menores persistentes⁵²⁴.

Se reafirma siguiendo a Romero⁵²⁵ que si bien la tutela se ha convertido desde 1997 en el mecanismo de acceso a la salud, y con ella se ha logrado que usuarios del sistema logren que un Juez Constitucional modifique el funcionamiento del mismo, también ha evidenciado que salvo en contadas excepciones, como la Ley 1122, la

⁵²³ RAMÍREZ MORENO. La emergencia social en salud, Op. Cit., p. 142.

⁵²⁴ PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN, DEJUSTICIA y ACCD. El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos, Op. Cit., p. 176.

⁵²⁵ ROMERO TOBÓN, Juan Fernando. Op. Cit.,

jurisprudencia no se ha logrado traducir en acciones concretas para que el legislativo o el ejecutivo modifiquen de forma estructural el modelo, en otras palabras, el mal diseño y ejecución del SGSSS ha tenido en la tutela un mecanismo que opera como paliativo para que la población busque la garantía de sus derechos ante las falencias del sistema.

E. FALLAS DEL ESTADO Y DEL MERCADO

En el caso de la salud, la reforma al sistema, posterior a 1993 implicó un arreglo institucional en el cual, las organizaciones del sector público debían ejercer control sobre las actividades desarrolladas por los particulares, en aras de garantizar el manejo adecuado de los recursos, la prestación eficiente de los servicios y corregir los fallos de mercado. En este sentido, las funciones de modulación del sistema, en cabeza del Estado, aluden a procesos de rectoría, de regulación, de inspección vigilancia y control que en cabeza de las autoridades públicas implican el establecimiento de marcos de tipo normativo legal que deben corregir los fallos de mercado como la selección adversa, la selección de riesgos, la información incompleta, el riesgo moral, y la segmentación de los mercados.

Molina Marín, [et al.]⁵²⁶, desde un marco de salud pública analizan los aspectos que delimitan la rectoría del sistema de salud en Colombia, a partir de lo cual se puede señalar que el análisis de actores estratégicos y sus relaciones permite dilucidar el conjunto de arreglos institucionales ya sean formales o no, que se materializan en reglas y procedimientos regulatorios, que deben modular el mercado. En este orden de ideas, por lo menos tres grupos de actores se evidencian: en primer lugar, las funciones y actividades relacionadas con aseguramiento y prestación de

⁵²⁶MOLINA MARÍN, Gloria [et al.]. Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares. Medellín: Pulso & Letra Editores, 2014, 504 p.

servicios recaen en aseguradoras y organizaciones prestadoras de servicios de carácter público o privado; en segundo lugar, la gestión de los servicios se establece de forma delegataria a nivel de descentralización territorial, es decir departamentos y municipios; y en tercer lugar, el Gobierno nacional asume las funciones de rectoría, vigilancia y control.

El mercado de servicios de salud es bastante complejo debido a confluencia de múltiples intereses derivados de la heterogeneidad de los actores involucrados. Se evidencian múltiples fallas de mercado y fallas de Gobierno a través de las cuales los agentes, en especial las EPS buscan generar un ambiente más propicio para la generación de rentas, siendo ineficientes algunas de las respuestas institucionales establecidas en el SGSSS.

La regulación aunque deficiente en algunos aspectos de cuestiones como el POS o la UPC es lo que ha generado cierto grado de equilibrio en el sistema, sin embargo, es este mismo fenómeno el que ha llevado a que a partir del diseño institucional del sistema, las EPS constituyan mercados cautivos entendidos a partir de las restricciones normativas que NO POSibilitan acceso de nuevos competidores, dando como resultado que las empresas que operan como articuladoras del sistema generen incentivos para su diversificación y posterior búsqueda de rentas mediante la disminución de costos y el sacrificio de criterios como la calidad, y de la satisfacción de sus usuarios, ya que estos factores son indiferentes de la rentabilidad de las EPS en tanto el mercado de aseguramiento no opera con las reglas de un mercado competitivo.

Se esperaría que el mercado de salud interactuase y se sujetara a los arreglos institucionales sin perder su objetivo el cual es brindar servicios de salud con eficiencia y calidad; sin embargo, la realidad es que se presenta una tensión entre los fines sociales del Estado y el mercado de la salud por lo que cada uno de los actores

del sistema busca sacar el mejor partido menoscabando el fin último del mismo el cual es garantizar el derecho fundamental a la salud en un ESD.

1. El papel del Estado y sus fallas

Para comprender mejor las características de los órganos reguladores en el sistema colombiano, es necesario recalcar que en el marco de la reforma de 1993 y posteriores, se ha ido enfatizando en un modelo de doble estructura: hacia lo macroeconómico en busca de una mejor inversión en salud, y hacia lo microeconómico mediante dinámicas de corte funcional bajo un enfoque de integración horizontal público–privado en la organización de la prestación de servicios⁵²⁷. Así las cosas, en materia de institucionalidad, a partir de 1993 el nuevo esquema de salud, se estructuró en función de tres entidades encargadas de las dirección y control del sistema: primero el Ministerio de Salud y Protección Social, segundo la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que reemplazó del antiguo Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y en tercer lugar la Superintendencia Nacional de Salud.

En el caso colombiano, puede hablarse de procesos de regulación relacionados con la forma en que los actores de control (v.g., Comisiones de Regulación, Superintendencias e incluso la Corte Constitucional en representación del interés público) toman decisiones relacionadas con la protección de los usuarios ante un potencial fallo de mercado, y la protección de los derechos asociados al tema de salud. En sentido estricto, el papel de las denominadas agencias regulatorias es, dentro de sus atribuciones legales y constitucionales el control de la institucionalidad regulatoria.

⁵²⁷RUIZ GÓMEZ, Fernando. Mercados y sistema de salud en Colombia. Desarrollo regulatorio y senda de ajuste. En: PolicyPaper (8). Fescol, enero, 2013, p. 2.

Partiendo de Guerrero et al⁵²⁸, se presentan las diferencias existentes entre rectoría; Inspección, Vigilancia y Control; y regulación en el marco del sistema colombiano, en torno a las funciones específicas que el SGSSS impone a los actores públicos y privados.

Tabla 22. Funciones asociadas a procesos de rectoría, inspección y regulación

Función	Sub-Función	Características
Rectoría	Definir principios y reglas de juego del sistema de salud	De acuerdo a la Ley esta es una atribución exclusiva del gobierno nacional. Tiene margen de discreción para decidir cómo ejercerla, y poder coercitivo y persuasivo. El espacio de decisión del gobierno, sin embargo, se ve limitado por la rama judicial y la Corte Constitucional, las cuales en ocasiones ordenan aplicar reglas distintas a las establecidas por la Ley y el gobierno. Esto tiene un efecto análogo al de un conflicto de competencias.
	Alinear a los actores en función de objetivos comunes en su jurisdicción	El gobierno nacional dispone de facultades y recursos para ejercer ampliamente esta sub-función.
Inspección, Vigilancia y Control	Ejercer inspección vigilancia y control de factores de riesgo ambiental	Los sujetos de control son fabricantes de alimentos, expendios de comida, industrias contaminantes, y en general actores que no hacen parte del sector salud. Esta actividad consiste en impedir que terceros, por lo general particulares, se abstengan de determinadas prácticas potencialmente nocivas.
	Ejercer inspección, vigilancia y control del recaudo y uso de los recursos del SGSSS	Hay poder coercitivo. Los sujetos de control hacen parte del sector salud. Leyes anteriores a la Ley 100, y la Ley 715 le dan un papel importante a las entidades territoriales. Leyes más recientes (1122 y 1468) refuerzan las atribuciones y responsabilidades de la Superintendencia Nacional, pero no derogan explícitamente y las normas anteriores. Hay traslape de atribuciones y competencias.
	Ejercer inspección, vigilancia y control de la prestación de los servicios de atención individual	Hay poder coercitivo. Los sujetos de control hacen parte del sector salud. Leyes anteriores a la Ley 100, y la Ley 715 le dan un papel importante a las entidades territoriales. Leyes más recientes (1122 y 1468) refuerzan las atribuciones y responsabilidades en IVC de la Superintendencia Nacional, pero no derogan explícitamente las normas anteriores. Hay traslape de atribuciones y competencias.
	Ejercer inspección, vigilancia y control de la prestación de servicios de salud pública	Esta sub-función se refiere a la prestación de servicios dirigidos a la comunidad, como la fumigación o las campañas de prevención. Se trata de una labor activa, que requiere presupuesto. Conceptualmente es diferente

⁵²⁸GUERRERO, Ramiro, Et Al. Op. Cit.

Función	Sub-Función	Características
		del IVC de los factores de riesgo ambiental, que es una actividad más policiva. En la práctica estas dos actividades pueden resultar parecidas y traslaparse.
Regulación	Definir estándares de habilitación, de aseguradores y prestadores.	Es una atribución clara y exclusiva del gobierno nacional. En cuanto al área de influencia de las EPS, el gobierno autoriza.
	Definir reglas de afiliación, y reglas y condiciones de acceso a los servicios	Es una atribución clara del gobierno nacional, compartida con la rama judicial de una manera más conflictiva que armónica.
	Habilitar EPS y decidir su área geográfica de operación.	Es una atribución clara y exclusiva del gobierno nacional a través de la Superintendencia. En cuanto al área de influencia de las EPS, el gobierno autoriza. En el caso del contributivo la autorización es nacional, pero esto no implica que la EPS esté obligada a operar en todas partes.
	Habilitar IPS	Es una atribución clara y exclusiva de los departamentos por delegación del gobierno nacional. No tienen margen de discreción para decidir cómo realizar la actividad.
	Habilitar profesionales	
	Definir las tecnologías en salud que se habrán de cubrir con recursos públicos	Es una atribución clara del gobierno nacional, compartida con la rama judicial de una manera más conflictiva que armónica.
	Fijar precios y tarifas	El gobierno nacional, de manera exclusiva, dispone de facultades para regular precios y tarifas en el SGSSS.

Fuente: GUERRERO, Ramiro, Et Al. La doble descentralización en el sector salud: Evaluación y alternativas de política pública. Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud – PROESA, Cali, 2013, pág. 55 – 56

Se hace necesario señalar algunas de las limitaciones que según varios estudios, se resaltan dentro del sistema. En este orden de ideas, Guerrero, et al., señalan que en el sistema de salud colombiano se encuentra un doble proceso de descentralización, por una parte, en una dimensión territorial (traslado de recursos, funciones y responsabilidades del nivel nacional a los niveles territoriales de gobierno –departamentos y municipios) y por otra parte desde una dimensión corporativa (delegación a entidades no estatales de funciones y cumplimiento de las mismas, al tiempo que implica habilitar la participación privada en la prestación de servicios públicos)⁵²⁹. La primera enfocada al Régimen Subsidiado, la segunda al Régimen Contributivo, factor que ha generado problemas financieros dadas las capacidades

⁵²⁹GUERRERO, Et Al. Op. Cit., p. 13.

limitadas de gestión de los entes territoriales, adicional a la capacidad de captura de las empresas privadas de aquellos en función de los intereses de las primeras. En consecuencia de lo anterior, se presenta: atomización de recursos, limitaciones en el ejercicio del control y regulación y mayor dependencia de municipios con reducidas capacidades de gestión.

En función a los procesos y delimitaciones arriba identificados, es preciso entrar a reconocer que en el marco del SGSSS son evidentes problemas como:

- La ausencia de la Superintendencia de Salud en el nivel territorial, y por ende el vacío en este nivel de mecanismos de gestión reguladora, y de vigilancia y control por parte de las secretarías territoriales.
- Es recurrente la debilidad institucional a nivel territorial para hacer efectivas las funciones de inspección, vigilancia y control, adicional a que los prestadores de servicios tienen mayor capacidad para hacer que las regulaciones sean ejercidas
- No hay coordinación funcional entre los distintos niveles de gobierno, debido a la falta de claridad en el tipo y forma de distribución de funciones entre secretarías territoriales y la Superintendencia
- No hay una definición funcional lo suficientemente clara de EPS e IPS, lo que significa una heterogeneidad de figuras jurídicas difíciles de controlar con mecanismos no aptos para estas divergencias.
- Existe un elevado grado de dependencia del nivel territorial de las políticas y mecanismos de gestión dispuestos en el nivel central de Gobierno

En síntesis, problemas de coordinación, capacidad institucional, y poca claridad funcional son temas que inciden en las actuaciones de las autoridades públicas del SGSSS por lo que a continuación se presenta la evolución institucional en materia de

rectoría, regulación, inspección, vigilancia y control; así como las principales fallas que han incidido en la evolución del sistema y que han impedido la adecuada modulación del mercado.

2. La Rectoría o Dirección del Sistema de Salud

El órgano que ejerce la Dirección del Sistema es el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual posterior a la Ley 100 ha tenido varias reformas administrativas para responder a los cambios acaecidos en el SGSSS. Estas reformas administrativas, desde los años 90, han estado orientadas hacia la implementación de cambios funcionales en los sistemas de salud, mediante la interacción público–privada, significando con ello, por una parte la inclusión de nuevos actores y por el otro, cambios de la estructura pública tanto en el diseño organizacional como en el campo funcional⁵³⁰, dando como resultado un sistema de salud estructurado sobre una diferenciación poblacional: población en el Régimen Contributivo y población en el Régimen Subsidiado.

En este contexto, puede apreciarse que las estructuras organizativas de carácter público han sido rediseñadas bajo la lógica de su adecuación funcional a los requerimientos del nuevo sistema y sus posteriores procesos de reforma. Tal es el caso del Ministerio de Salud el cual se define como la instancia central en el diseño de política estratégica sectorial y la ejecución programática que para el sector se establezca en el Plan Nacional de Desarrollo. En el caso del Ministerio, es relevante ver cómo las distintas reformas de carácter administrativo han reformulado sus funciones y marcos institucionales de gestión.

⁵³⁰Grupo de Economía de la Salud - Universidad de Antioquía. Reforma a la seguridad social en Colombia 1993 – 2007. Observatorio de la Seguridad Social, (6, 15), Medellín, abril, 2007, 16 p.

Puede señalarse que posterior a la expedición de la Ley 100 de 1993, la estructura ministerial fue transformada con el fin de adaptar la institucionalidad a los requisitos de la reforma, y con los procesos de descentralización territorial que se desarrollaron desde el año 1990 en el país, los cuales implicaron, que estos asumieran las responsabilidades por parte de los entes territoriales, al tiempo que el Ministerio realizaba la coordinación.

Por una parte, mediante el Decreto 1292 de 1994, se asignan nuevas funciones al Ministerio en ámbitos como aseguramiento, prestación de servicios, financiamiento y descentralización, entre las que se destacan la evaluación del mercado, las primas y los reaseguros. En materia de aseguramiento, el Ministerio fue encargado de regular el control en la prestación de servicios, la afiliación, los paquetes de beneficios, la definición de la UPC, y el suministro de asistencia técnica a los entes territoriales.

Un aspecto central en la reforma Ministerial, el Decreto 1152 de 1999, marca un arreglo institucional de la entidad orientado hacia la definición de una estructura funcional que implicara la reducción de su planta y la adecuación de sus dependencias hacia la especialización de funciones en torno a temas como analíticas, planeación, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios de salud; y salud pública entre otras. Esto implicó que el Ministerio asumiera funciones nuevas con las cuales se esperaba subsanar los problemas institucionales identificados en el Informe Harvard⁵³¹.

⁵³¹- La tendencia a la alta rotación de personal ubicado en los niveles directivos y asesores, encargados de la formulación de políticas.

- Se evidencian limitantes institucionales en materia de modelos y metodologías de manejo de recursos estratégicos. como por ejemplo la información

- No hay distribución de funciones dentro del Ministerio, en especial aquellas relacionadas con mecanismos para atender a los beneficiarios, evaluación del mercado, planeación de recursos humanos y la evaluación de tecnología de alto costo.

- Inexistencia de una plataforma estratégica, es decir no hay una visión institucional central del Ministerio.

Posteriormente, en la primera administración del Gobierno Uribe, y con el ánimo de disminuir el gasto público se planteó reformar el Estado en dos dimensiones, la primera en sentido vertical o de re-organización sectorial, y la segunda en sentido horizontal, la cual implicó el diseño de una estructura de gestión común a las entidades y sectores en función a los objetivos del Estado contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo “Hacia un Estado Comunitario”.

En consonancia con lo anterior se constituyó en el denominado Programa de Renovación de la Administración Pública (PRAP) del año 2002, en el que se crea el Ministerio de Protección Social, mediante la fusión de las entonces carteras independientes: Ministerio de Salud y Ministerio del Trabajo y Seguridad Social.

Posteriormente y una vez desarrollado el PRAP, el informe de la Contraloría General de la República⁵³², en una de sus evaluaciones, señala que este programa impactó la estructura ministerial, a través de la Ley 790 de 2002, la cual entre otros aspectos: “determinó la fusión de los Ministerios de Salud y de Trabajo y Seguridad Social, en el nuevo Ministerio de la Protección Social y estableció como sus funciones las de los ministerios fusionados”⁵³³. Así las cosas, la promulgación del Decreto 205 de 2003 formalizó la nueva estructura siguiendo lineamientos de OEI tales como el Banco Mundial. El nuevo Ministerio se adecuó a las necesidades de gestión del Sistema de la Protección Social especialmente en materia de dirección y coordinación, lo cual se tradujo en que al estar dos sectores incorporados en un solo

- En el Ministerio a 1997 se contaba con cerca de 700 empleados distribuidos en 45 unidades estructurales, las cuales presentaban la mayor de las veces duplicación de funciones, o no tenían funciones acordes a programas concretos, lo cual dificultaba seriamente los procesos de coordinación intrainstitucional. En: Universidad de Harvard, Ministerio de Salud. Reforma de salud en Colombia y el Plan maestro de implementación: Informe final. 1996. Literatura gris.

⁵³²CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA, (CGR). Desafíos del Sistema Integral de Seguridad Social en Colombia. Informe Social 2007. Imprenta Nacional, Bogotá, 64 p.

⁵³³ Ídem p. 12

ministerio, este adquirió una complejidad funcional y administrativa bastante amplia en relación al sistema de salud colombiano.

Según la Contraloría, el programa PRAP implicó no sólo la fusión ministerial, sino también la reestructuración de entidades como ICBF, el SENA y Fonprecon, así también como la liquidación de entidades como Capresub. En cuanto a las tres primeras, el estudio señala que se suprimieron cerca de 1300 cargos de las plantas de personal de dichas entidades. Sin embargo es interesante el análisis presentado por el órgano de control en materia de los gastos, ya que si bien se aducía una necesidad de su reducción, en la realidad el proceso fue diferente, y estos aumentaron durante el periodo 2002 a 2006, ya fuera como gastos de funcionamiento o gastos de inversión.

Tabla 23. Gasto Total MS y MTSS 2002; MS, MTSS y MPS 2003; y MPS 2004-2006

(Millones de pesos de 2006)					
Gasto	2002	2003	2004	2005	2006
Funcionamiento	7.071.509	7.722.976	9.683.085	12.467.594	13.085.275
Inversión	1.070.994	1.275.521	1.723.226	1.679.448	2.164.006
Total	8.142.503	8.998.498	11.406.311	14.147.042	15.249.276

Fuentes: SIF, Ministerio de Hacienda
 Contraloría General de la República, CGR. "Desafíos del Sistema Integral de Seguridad Social en Colombia. Informe Social 2007". Imprenta Nacional, Bogotá, pág. 13.

En conclusión, la reforma PRAP en el ministerio, significó en sentido institucional que el Estado tuviera menos funciones de ejecución y más de orden directivo, de formulación estratégica, y en ciertos aspectos de órgano regulador del sistema, dejando la prestación del servicio cada vez en manos de operadores privados.

Tomando como referencia a Cuervo⁵³⁴, se puede destacar la creación del Ministerio de la Protección Social, como un ejercicio político centrado en la discrecionalidad del ejecutivo de turno para orientar el andamiaje institucional del Estado conforme a las directrices de órganos multilaterales en torno a aspectos relacionados con la sostenibilidad fiscal y la ampliación de cobertura, pero no con la generación de capacidades institucionales que redunden en mejor calidad y equidad. En otras palabras, el proceso de reforma es un proceso inconcluso en la medida que corresponde a un mayor énfasis en la dimensión cuantitativa de la reforma ministerial: reducción del tamaño medido en personal, disminución de gastos de funcionamiento, racionalización de plantas, pero no en la dimensión cualitativa, esto es en mejorar la capacidad real de gestión en marcos institucionales y normativos cuya orientación sea el ciudadano.

Para Cárdenas et. al.⁵³⁵ los procesos de reforma administrativa están directamente relacionados con el régimen presidencialista, en tanto, los cambios en el jefe de gobierno, las más de las veces devienen en cambios en la estructura administrativa en función a su adaptación a lineamientos, políticas a intereses del gobierno para ejecutar su respectivo Plan de Gobierno materializado en el Plan Nacional de Desarrollo. Este contexto es lo que permite explicar que en el año 2011, durante la primera presidencia de Juan Manuel Santos, se haya realizado un nuevo proceso de reforma que incluye al sector salud, sustentado en el fortalecimiento institucional de cuatro pilares: inclusión social y reconciliación, Política Social del Estado y protección de los derechos, sectores críticos de la competitividad del país y eficacia y eficiencia del Estado

⁵³⁴ CUERVO R. Jorge Iván. El estado de la reforma del Estado. En: Revista Política Colombiana. Bogotá, 2009, octubre – diciembre p. 66 - 79

⁵³⁵ CÁRDENAS, J. H. CALA, J. BLANCO, A. MAYOLO, A. Dos décadas de reformas administrativas en Colombia y la reforma de 2011. Bogotá, Oportunidad Estratégica, 2014, 47 p. Disponible en internet: <http://es.slideshare.net/cardenasjhc/dos-dcadas-de-reformas-administrativas-en-colombia-y-la-reforma-de-2011>

Mediante la Ley 1444 de 2011, se facultó al Presidente de la República para modificar la estructura de la administración pública⁵³⁶, quien conformó el denominado Comité Estratégico de Reformas, con la participación de la Alta Consejería para el Buen Gobierno y la Eficiencia Administrativa, el Departamento Nacional de Planeación y el Departamento Administrativo de la Función Pública; organismo que se encargó de modificar la estructura del Ministerio de Protección Social, escindiendo y reorganizando el Ministerio de Trabajo, dando como resultado la creación del Ministerio de Salud y Protección social.

⁵³⁶ El artículo 18 de la Ley 1444 de 2011, de conformidad con la Constitución política de Colombia, otorgó facultades extraordinarias al Presidente de la República, para que en el término de seis meses pudiera:

- a) Crear, escindir, fusionar y suprimir, así como determinar la denominación, número, estructura orgánica y orden de precedencia de los departamentos administrativos;
- b) Determinar los objetivos y la estructura orgánica de los Ministerios creados por disposición de la presente ley, así como la integración de los sectores administrativos respectivos;
- c) Modificar los objetivos y estructura orgánica de los Ministerios reorganizados por disposición de la presente ley, así como la integración de los sectores administrativos respectivos;
- d) Reasignar funciones y competencias orgánicas entre las entidades y organismos de la Administración Pública Nacional y entre éstas y otras entidades y organismos del Estado;
- e) Crear, escindir y cambiar la naturaleza jurídica de los establecimientos públicos y otras entidades u organismos de la rama ejecutiva del orden nacional;
- f) Señalar, modificar y determinar los objetivos y la estructura orgánica de las entidades u organismos resultantes de las creaciones, fusiones o escisiones y los de aquellas entidades u organismos a los cuales se trasladen las funciones de las suprimidas, escindidas, fusionadas o transformadas, y de la Agencia Nacional para la Defensa Jurídica del Estado;
- g) Crear las entidades u organismos que se requieran para desarrollar los objetivos que cumplían las entidades u organismos que se supriman, escindan, fusionen o transformen, cuando a ello haya lugar;
- h) Determinar la adscripción o la vinculación de las entidades públicas nacionales descentralizadas;
- i) Realizar las modificaciones presupuestales necesarias para financiar los gastos de funcionamiento e inversión necesarios para el cumplimiento de las funciones que se asignen a las entidades creadas, escindidas; suprimidas, fusionadas o reestructuradas en desarrollo de las facultades otorgadas por la presente ley;
- j) Crear los empleos en la planta de personal de la Fiscalía General de la Nación que se requieran para asumir las funciones y cargas de trabajo que reciba como consecuencia de la supresión o reestructuración del DAS. En los empleos que se creen se incorporarán los servidores públicos que cumplan estas funciones y cargas de trabajo en la entidad reestructurada o suprimida, de acuerdo con las necesidades del servicio. Igualmente, se realizarán los traslados de recursos a los cuales haya lugar.

“El Ministerio de Salud y Protección Social se crea nuevamente, de conformidad con el artículo 9 de la Ley 1444, ante lo cual el gobierno, a través del Decreto 4107 de 2 de noviembre de 2011, determina los objetivos y estructura del mismo, así, se instituye como entidad encargada de formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud y participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos profesionales”⁵³⁷.

A pesar de las reformas administrativas que se han dado al interior del Ministerio para responder de forma efectiva a las necesidades del SGSSS en materia de rectoría y dirección, se puede indicar que aunque se han tomado medidas para mejorar la gestión del Ministerio, todavía existen falencias que se ven reflejadas en todas las fallas que presenta el Sistema de Salud Colombiano.

3. La Regulación

La regulación alude al conjunto de capacidades y herramientas con que cuenta un gobierno para organizar y mediar las interacciones o intercambios de los agentes de mercado. Esta mediación implica el rediseño de reglas que norman las actividades económicas y sociales de los particulares y mediante las cuales se garantiza el funcionamiento eficiente de los mercados y los derechos de los actores que concurren dentro de cada mercado particular.

En el caso de la salud, puede apreciarse que el marco regulatorio adquiere una dinámica triple: la primera incluye aspectos de regulación social, en tanto se enfoca a la protección del interés público en términos de la salud y seguridad social, para corregir las fallas de mercado; la segunda dinámica establece mecanismos de regulación económica, orientada al control de los mercados en situaciones en las cuales estos por sí solos no funcionan de manera eficiente ante la presencia de

⁵³⁷Íbid. p. 28

mercados naturalmente concentrados o por malas prácticas que afectan la competencia y la libre concurrencia, es decir, para tratar fallas de competencia. La tercera tiene que ver con la regulación administrativa, en función de los aspectos tendientes a la recolección de información y a la intervención de las decisiones económicas, orientada a los trámites y formalidades administrativas.

En un marco de economía política señalan que la función de regulación nace en un contexto en el cual se hizo necesaria la construcción de normas y arreglos institucionales de carácter formal que posibilitaran la introducción de la competencia regulada en un ámbito complejo como era la salud, más si se lograban identificar en forma más precisa fallos de mercado con mayor nivel de complejidad en torno al funcionamiento y el comportamiento de la competencia al interior del sector. En este marco la institucionalización formal de la función de regulación se define en cuanto:

“... trata de un conjunto de organismos e instituciones que, además de restringir las actividades de los agentes que participan en el mercado regulado de la salud, también poseen el poder de recompensar, incentivar o castigar, y de aumentar o reducir la incertidumbre, entre otros efectos”⁵³⁸.

Sin embargo, con fundamento en la teoría económica, es menester señalar los fallos que adolece la función de regulación y que constituyen falencias del SGSSS, por ejemplo, la captura de intereses por parte de actores que son objeto de regulación, asimetrías de información y la denominada consistencia temporal de las decisiones de los organismos reguladores, uno de los más claros ejemplos es el CNSSS cuya capacidad para ejercer sus funciones misionales en relación a la regulación, estuvo limitada debido a no tener una real autonomía frente al gobierno nacional, adicional a que fue cooptada por algunos actores objeto de regulación, además que contaba con mecanismos insuficientes para la gestión de la información.

⁵³⁸Ibíd., p. 2

López Oliva⁵³⁹ señala cómo en un sentido institucional la reforma al SGSSS mediante la Ley 1122 de 2007, implicó en materia regulatoria–institucional la creación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), que ocasionó una disminución de autonomía, dado que los Comisionados eran nombrados por el Presidente de la República, por lo que su autonomía administrativa se veía reducida en sentido de relaciones políticas. Sin embargo, con ocasión de la reforma promovida por la Ley 1438 de 2011, la CRES ya no desempeña un papel central en la regulación, sino que, se presenta una debilidad en su capacidad regulatoria. Posteriormente mediante el Decreto 2560 de 2012⁵⁴⁰, el Gobierno Nacional liquidó la CRES y sus funciones pasaron al Ministerio de Salud y Protección Social así:

1. Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
2. Definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios.
3. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen. Si a 31 de diciembre de cada año el Ministerio no ha aprobado un incremento en el valor de la UPC, dicho valor se incrementará automáticamente en la inflación causada.
4. Definir los criterios para establecer los pagos moderadores de que trata el numeral 3 del artículo 160 y los artículos 164 y 187 de la Ley 100 de 1993.
5. Definir el régimen que deberán aplicar las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general o en las licencias de maternidad, según las normas del Régimen Contributivo.

⁵³⁹LÓPEZ OLIVA, José O. La Última Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lejano de la eficiencia y camino a la privatización total. En: Prolegómenos - Derechos y Valores; Bogotá, D.C. Colombia - Volumen XIII - No. 25 - Enero – Junio, 2010; p. 219 – 233.

⁵⁴⁰ CONGRESO. Decreto 2560 de 2012. Por el cual se suprime la Comisión de Regulación en Salud (CRES), se ordena su liquidación y se trasladan unas funciones al Ministerio de Salud y Protección Social y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 48640 del 10 de diciembre de 2012.

6. Establecer y actualizar un sistema de tarifas que debe contener entre otros componentes, un manual de tarifas mínimas que será revisado cada año, incluyendo los honorarios profesionales. En caso de no revisarse el mismo, será indexado con la inflación causada.
7. Las demás que por disposición legal se le haya asignado a la Comisión de Regulación en Salud.

Por su parte, Franco-Giraldo⁵⁴¹, analiza el problema de la regulación del sistema a partir de la forma en que las sucesivas reformas a los sistemas de salud introdujeron mecanismos de mercado, pero sin tener en cuenta el diseño de reglas que redujeran las imperfecciones del mismo:

“...este modelo inspirado en el comercio, tiene dificultades porque obvia la planeación, no da pie a la planificación sanitaria y responde solo a las necesidades específicas del mercado. Aunque se argumenta, a partir de las reformas del último cuarto de siglo, que hay integración de los segmentos por medio del mercado, lo cierto es que estos modelos caen en la atomización institucional, en la anarquía por falta de reglas de juego y regulación estatal, al no controlar las fallas del mercado en toda su dimensión”⁵⁴².

Molina Marín, et al.⁵⁴³, se interesa por definir cuáles variables determinan la capacidad regulatoria de las autoridades en materia de salud. Si bien el sistema es bastante complejo e influyen diversidad de variables y actores, se puede considerar que cualquier tipología de falencias regulatorias es incompleta, sin embargo, sin pretensiones de crear una tipología de este tipo de variables, puede señalarse que los principales obstáculos presentes en la regulación del sistema, están dados en dos

⁵⁴¹FRANCO-GIRALDO A. Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2014; 32 (1): p. 95-107

⁵⁴²Ibíd., p. 96.

⁵⁴³MOLINA MARÍN, Gloria [et al.] .Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares. Medellín: Pulso & Letra Editores, 2014, 504 p.

sentidos: falencias de capacidad asociadas a captura regulatoria y falencias de capacidad asociadas a mecanismos intersectoriales e inter-organizacionales.

En el primer caso, las falencias de orden regulatorio son propias de las autoridades en los tres niveles de gobierno, no solamente del orden ministerial, sino también en función de las secretarías de gobierno, departamentales o municipales. Una forma de captura, tal vez la más generalizada en los estudios tiene que ver con el desarrollo de la política pública y el direccionamiento del sector en función de las motivaciones de los grupos de interés y la eliminación de barreras y mecanismos de control selectivo. Sin embargo, otras formas de captura relacionadas con la pérdida de capacidad están relacionadas con procesos de clientelismo de entidades públicas, en los cuales el otorgamiento de favores incide en la politización de cargos especializados en materia de control, por ende, no hay profesionales encargados de realizar dichas funciones, sino muchas veces personal no idóneo o con baja capacidad técnica dentro del desarrollo del sistema.

Un segundo grupo de limitaciones está dado en la forma como las entidades públicas logran articularse unas con otras ya sea en diferentes niveles de gobierno, o entre diferentes sectores administrativos. Uno de los principales problemas regulatorios, tiene que ver con el elevado centralismo de las autoridades regulatorias: diseño de mecanismos, construcción normativa, aspectos presupuestales y técnicos que se definen principalmente en la sede central, lo cual invisibiliza saberes, prácticas, realidades de carácter local, así como también las especificidades de gestión que son necesarias para efectuar procesos de regulación a nivel territorial. La firma de convenios, negociación de responsabilidades y otros mecanismos se encuentra atravesada por una compleja y extensa trama normativa que excluye en determinados casos a los entes territoriales dadas sus reales capacidades de gestión administrativa, estos aspectos se relacionan directamente con la captura regulatoria del Estado en tanto...

“...la falta de credibilidad y confianza en y entre las instituciones y organizaciones del sector salud, el desequilibrio de poder entre los actores clave del sistema de salud debido a la posición económica y política dominante que lograron las aseguradoras privadas, que supera la capacidad de las instituciones del Estado para controlarlas y hacer que cumplan sus responsabilidades...”⁵⁴⁴.

Por consiguiente, los retos del SGSSS en materia de regulación, aluden a problemas de orden estructural en la definición clara de las reglas y normas regulatorias, en un ambiente de mayor autonomía política, por lo cual el organismo encargado de la regulación tendría que :

(...) a) garantizar el cumplimiento efectivo de las normas y reglas del juego definidas; b) reglamentar los mecanismos de designación de los comisionados expertos y la forma de votación para las decisiones de mayor peso; c) establecer tiempos más prolongados para los comisionados con el fin de ganar en estabilidad, aprendizaje y experiencia; d) contar con un director general que presida la CRES (diferente al ministro de salud) para ganar mayor independencia; e) establecer que sólo la Corte Constitucional pueda cambiar las decisiones de la CRES; f) reglamentar un régimen de incompatibilidades e inhabilidades que impidan el fenómeno de la puerta giratoria (personas que cambian fácilmente de puesto entre institución regulada e institución reguladora y viceversa); y g) mejorar el proceso de selección de expertos para aumentar el impacto positivo de las acciones regulatorias fundadas en investigaciones académicas y técnicas”⁵⁴⁵.

4. Inspección, Vigilancia y Control

La inspección, vigilancia y control (IVC) son actividades de supervisión que en el marco del institucionalismo se traducen en la adecuación de organismos, actividades o procesos que se encarguen del cumplimiento de las instituciones formales establecidas por ejemplo mediante la legislación. Sin estas dinámicas de

⁵⁴⁴Ibíd., p. 175

⁵⁴⁵ Ibíd., p. 5

aplicación, la garantía de cumplimiento de las instituciones sería mínima y por ende, no se podría sostener ninguna clase de orden, que en el caso de la salud, implicaría por ejemplo el análisis de mecanismos como las sentencias de la Corte Constitucional, pero también en forma complementaria las actividades que se desarrollan en el sistema de IVC.

Siguiendo a Arroyave-Zuluaga et. al.⁵⁴⁶, la Inspección se define como el conjunto de actividades que se relacionan con la solicitud, trámite y análisis de información a aquellas empresas que deben ser objeto de control en materia de estado de los servicios, recursos, procesos jurídico-administrativos y procesos técnico-científicos.

La vigilancia se entiende como una atribución por parte de la Superintendencia para advertir, orientar y asistir a las entidades objeto de control en materia del cumplimiento de las normas establecidas en el SGSSS en materia de prestación de servicios, financiamiento, aseguramiento, etc. El Control, definido en torno a las atribuciones de la Superintendencia para aplicar acciones de carácter correctivo, en aquellos casos en que se presenten actuaciones violatorias del ordenamiento legal por parte de los vigilados, lo que también conlleva acciones de carácter sancionatorio.

En el marco del sistema de vigilancia y control, los anteriores tres ámbitos se tramitan de acuerdo a siete dimensiones: financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud pública, atención al usuario y participación social; acciones y medidas especiales, información y focalización de los subsidios en salud⁵⁴⁷.

⁵⁴⁶ ARROYAVE- ZULUAGA, I. La Organización de la salud en Colombia Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paul; 2009, 585 p. Disponible en internet: www.periodicoelpulso.com

⁵⁴⁷Ibíd.. p. 243 - 244

La función central de la Supersalud, es la coordinación del sistema de inspección, vigilancia y control del SGSSS, en aras de institucionalizar mecanismos para hacer efectiva la supervisión del cumplimiento de la reglamentación establecida por parte de las entidades de salud; para lo cual, tiene la potestad de imponer multas, sanciones, acciones correctivas o mecanismos de saneamiento, si se detectan desviaciones o irregularidades. Así mismo, la Superintendencia es la encargada de resolver administrativamente las diferencias que se presenten en materia de preexistencia u otros reclamos en el sector salud⁵⁴⁸.

Antes de la Ley 100 la estructura de la entidad se definía en función de vigilancia y control en los aspectos centrales: prestación de servicios de salud y financiación, las cuales se ejecutaban a partir de una estructura organizacional que incluía las superintendencias delegadas del orden nacional y las superintendencias seccionales.

Como mecanismo de adecuación de la estructura organizacional a los arreglos institucionales propios de la Ley 100 de 1993, entre el año siguiente de expedición de la Ley y el año 2006, sobrevino una reestructuración administrativa, en la que las dos superintendencias delegadas se cambiaron por cinco direcciones generales: Dirección General para el Control de las Rentas Cedidas, Dirección General para el Área Financiera del Sector Salud, Dirección General de Inspección y Vigilancia, Dirección General para Entidades Promotoras de Salud y Entidades de Prepago, y la Dirección General para el Control del Sistema de Calidad, cada una de ellas centrada en un asunto concreto funcional de la entidad, buscando mayor estabilidad organizacional a las complejidades que la Ley 100 traía consigo. Así mismo se crearon cinco superintendencias delegadas: Superintendencia Delegada para la generación y gestión de los recursos económicos para la salud, Superintendencia Delegada para la atención

⁵⁴⁸SANTAMARÍA, Mauricio (Ed.) Efectos de la Ley 100 en Salud. Propuestas de Reforma. Fedesarrollo - La Imprenta Editores S.A., Bogotá, D.C., 2011, p. 47

en salud, Superintendencia Delegada para la protección al usuario y la participación ciudadana, Superintendencia Delegada para las medidas especiales y, Superintendencia Delegada para la función jurisdiccional y de conciliación.

Con los anteriores modificaciones de la estructura de la entidad, se esperaba que se ampliaran los ámbitos de gestión y que además de las funciones de financiamiento y prestación de servicios, también se contara con funciones de resolución de conflictos entre vigilados, y entre vigilados/usuarios y funciones relacionadas con la participación de la ciudadanía y atención al ciudadano.

El estudio de Velandia⁵⁴⁹ permite ilustrar cómo ha sido el tránsito y evolución de la Superintendencia antes de la Ley 100 y con las posteriores reformas. Lo primero que llama la atención, es que sus dos procesos centrales de reestructuración (1994 y 2000) aluden a problemas de gestión asociados principalmente a la falencia de personal encargado de las funciones encomendadas a la entidad. Aunque en la actualidad se han conjurado algunos de los problemas administrativos, como por ejemplo falta de planeación, aún persisten problemas de índole político. A continuación se describen las funciones y competencias centrales de la entidad.

⁵⁴⁹VELANDIA NARANJO, Durfari. RESTREPO ZEA, Jairo. RODRÍGUEZ ACOSTA, Sandra. Organismos reguladores del sistema de salud colombiano: conformación, funcionamiento y responsabilidades CIE– Universidad de Antioquia, Medellín, Agosto, 2002.

Tabla 24. Superintendencia Nacional de Salud - Competencias en materia regulatoria

Ámbito Funcional	Competencias
Mercado	<ul style="list-style-type: none"> • Relación EPS – Usuario o IPS – Usuario • Inspeccionar, vigilar y controlar la prestación de los POS; adecuada afiliación, acceso a los servicios, información y reconocimiento de los derechos de los usuarios (mediante el diseño y aplicación de indicadores). • Garantizar la libre elección de EPS: haciendo pública información sobre la solidez financiero y desempeño de EPS. • Inspeccionar, vigilar y controlar, directamente o a través de las entidades territoriales de salud, la calidad de la prestación de servicios (relación IPS - usuario) • Desarrollar un sistema de atención al usuario: quejas, reclamos y soluciones • Autorizar el funcionamiento de aseguradores • Resolver asuntos relacionados con las preexistencias • Inspeccionar, vigilar y controlar la prestación de los POS; adecuada afiliación, acceso a los servicios, información y reconocimiento de los derechos de los usuarios (mediante el diseño y aplicación de indicadores). • Garantizar la libre elección de EPS: haciendo pública la información sobre la solidez financiera y desempeño de EPS. • Inspeccionar, vigilar y controlar, directamente o a través de las entidades territoriales de salud, la calidad de la prestación de servicios (relación IPS-usuario)
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> • La normatividad vigente en la generación y flujo de recursos financieros del sector cualquiera que sea su origen. • Las fuentes de financiamiento del Fosyga y el flujo de recursos hacia los diferentes actores. • El financiamiento y ejecución de los recursos del PAB.
Administración	<ul style="list-style-type: none"> • -Inspeccionar, vigilar y controlar el desarrollo de la normatividad vigente referente a la operatividad vigente de los regímenes del SGSSS. • -Inspeccionar, vigilar y controlar el desarrollo de la normatividad vigente referente a la calidad de prestación de servicios en el SGSSS. • -Coadyuvar al desarrollo de un sistema de información para detectar evasión y elusión financiera en el sector.

Fuente: VELANDIA NARANJO, Durfari RESTREPO ZEA, Jairo RODRÍGUEZ ACOSTA, Sandra "Organismos reguladores del sistema de salud colombiano: conformación, funcionamiento y responsabilidades" CIE– Universidad de Antioquia, Medellín, Agosto, 2002, pág. 19

Las anteriores competencias estaban dadas por el Decreto 452 de 2000, ampliadas en el marco de la Ley 1122 de 2007, que incluyen la potestad de iniciar procesos de Intervención Forzosa Administrativa, y facultado para administrar o para liquidar entidades sometidas a su vigilancia. Igualmente se le adicionó una competencia denominada Intervención Técnica y Administrativa sobre las Direcciones Territoriales de Salud. En tercer lugar, se complementa con funciones de Inspección, Vigilancia y Control sobre los derechos de afiliados y recursos del sector salud en casos de liquidaciones voluntarias.

El Decreto 1018 de 2007 modificó nuevamente la estructura de la Supersalud, lo que da que entre los años 90 y el 2007, se hayan desarrollado cerca de 5 procesos de reforma a la estructura de la Superintendencia.

Sin embargo, subyacen fuertes tensiones en el conjunto de competencias que desarrolla la Superintendencia. Vale aclarar que en términos de los autores este sistema comprende una integración sectorial relacionada con salud, pero también contempla una forma de organización intersectorial, ya que entidades como la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República, la Superintendencia Financiera y la Superintendencia de Industria y Comercio, sin ser entes especializados en salud, ejercen funciones de control al sector y a las entidades y organizaciones dentro de sus competencias. Las tensiones se manifiestan en:

- La Superintendencia ha asumido diversas funciones de supervisión que la colocan en una balanza entre formas de financiación versus formas de provisión de servicios de salud.
- Conflictos derivados del traslape de funciones de órganos de control no propios del sistema de salud, con las funciones de la Superintendencia, las

cuales han sido tratadas mediante la primacía que adquiere esta en torno al sector en que se desarrolla dicha supervisión.

- Si bien en la ley, se otorgan ciertas facultades y grados de autonomía a los entes territoriales en materia administrativa y de planeación en salud, a través de las Secretarías de Salud territoriales; en la práctica se observa una progresiva re- centralización tanto de las directrices de política en materia de financiación y aseguramiento (que se definen nacionalmente), como en la definición de políticas de IVC dadas por la Superintendencia, lo cual hace más dependientes a los entes territoriales, minando con ello su autonomía.

Un estudio de 2012 realizado por Rodríguez⁵⁵⁰, enfocado en el análisis de las características de la inspección, la vigilancia y el control en el SGSSS, en especial el rol desempeñado por la Superintendencia, señala que los cambios de la entidad han significado, entre otras cosas, un aumento progresivo de sus facultades sancionatorias pero al mismo tiempo también se han generado problemas de coordinación interinstitucional en materia de conflictos por competencias que pueden resultar comunes con otras entidades del sistema. El autor indica que el problema central de la Superintendencia está relacionado con que la entidad debe por una parte, garantizar el derecho a la salud y por otra debe coordinar la prestación de los servicios en un sistema que se basa no en el derecho sino en la segmentación de usuarios y en la capacidad de pago de los mismos.

En el informe de la Contraloría del año 2012, se indica que las principales falencias de la entidad estaban dadas por : manejar un esquema centralizado con poca o nula presencia regional en contravía de lo definido en la Ley 1438 de 2011, se evidenciaron importantes deficiencias en el ejercicio de la facultad sancionatoria, no

⁵⁵⁰RODRÍGUEZ, Jorge Armando. Vigilar y castigar: consideraciones sobre el papel de la Superintendencia de Salud colombiana Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) N° 10; Universidad Nacional de Colombia – Facultad de Ciencias Económicas; Bogotá, marzo, 2012: 28 p.

aplica el ejercicio integral de la inspección, vigilancia y control a cada vigilado y los esfuerzos que se realizan en IVC requieren mayor coordinación, no ha implementado un esquema preventivo de IVC, debilidades en el monitoreo, sistema de información y alarmas, el control de riesgos y en el análisis de la información derivada de los controles existentes.

Dado el escenario anterior, se concluye que a pesar de las iniciativas de reestructuración de la entidad; todavía dista mucho de cumplir a cabalidad su función de Inspección Vigilancia y Control por su limitación en cuanto a estructura y por las presiones de índole político que son ejercidas por los actores del sistema. Aunque su función sancionatoria se ve en las intervenciones que ha realizado, lo cierto es que se presentan dificultades de diferente índole que hacen que no sea posible que cumpla su función en pro de garantizar el derecho fundamental a la salud y de contribuir a un mejoramiento de la sostenibilidad financiera del sistema.

5. Fallas del Mercado de Salud en Colombia

En una economía de mercado que no es perfectamente competitiva, se puede presentar que el nivel de producción no sea el esperado por la sociedad y que en algún momento se vuelva ineficiente y no redunde en un mejor bienestar para la población. Por esta razón, Orozco, citando a Castaño, explica que cuando existe una producción superior o inferior al óptimo social se presenta, según la teoría económica, una falla de mercado. En el caso de los servicios de salud en Colombia se presentan fallas de mercado en el aseguramiento debido a las asimetrías de información, la evasión y elusión de aportes, los recobros múltiples, entre otros (...), por lo que podría darse lo que algunos economistas llaman ‘riesgo moral’ así como ‘inducción de demanda’, especialmente cuando el pago de algunos tratamientos recae

sobre un tercer pagador y quien prescribe (en este caso, el médico) se ve beneficiado por la demanda de los mismos”⁵⁵¹.

En el caso colombiano se ha establecido un esquema de competencia regulada entre los diferentes actores: aseguradores, prestadores y proveedores. Como cliente final y para dinamizar el mercado, los usuarios juegan un papel importante por cuanto gozan de libertad de elección para escoger tanto al segurador como al prestador de servicios de salud. En este esquema, la regulación está dada por los organismos estatales quienes se encargan de orientar la competencia, definir las reglas del sistema y destinar los recursos públicos con los cuales se financia el sector⁵⁵².

Dentro del mercado del sector salud en el SGSSS, se puede afirmar que aunque existen unos principios rectores, éstos en todos sus niveles son afectados por las reglas de mercado que cada uno de los actores ha tratado de implementar buscando manejar márgenes de rentabilidad que al final han afectado el verdadero espíritu del sistema en cuanto a garantizar el derecho fundamental a la salud.

El Estado busca que el sistema se sostenga financieramente y controla el flujo de los recursos de la UPC tanto del Régimen Subsidiado como del Régimen Contributivo, adicional a los recursos que debe girar por cuenta de CTCs, Tutelas, entre otros. Es su responsabilidad el adecuado uso de los recursos por cuanto definió requisitos para su giro, que de acuerdo con el gobierno algunas EPS no cumplen, pero de otra parte, las EPS indican que son excesivos; lo que a la larga afecta la liquidez del sistema por cuanto estos fallos del Estado están ocasionando fallos de mercado.

⁵⁵¹ OROZCO AFRICANO. Caracterización del Mercado del Aseguramiento en Salud para el Régimen Contributivo en Colombia, Op. Cit., p. 28.

⁵⁵²VELANDIA NARANJO, Durfari. RESTREPO ZEA, Jairo. RODRÍGUEZ ACOSTA, Sandra. Organismos reguladores del sistema de salud colombiano: conformación, funcionamiento y responsabilidades CIE– Universidad de Antioquia, Medellín, Agosto, 2002, p. 7

Las EPS al constituirse como empresas aseguradoras buscan un número adecuado de usuarios que les garanticen un equilibrio financiero y suficiente margen de rentabilidad; por esta razón, en los inicios del sistema realizaron afiliaciones masivas que les diera una base suficiente de usuarios para garantizar la operación en el sistema. Una vez constituídas, se estableció una competencia por los usuarios, y surge la figura de selección adversa, por cuanto el interés de las EPS es contar con población sana que demande pocos servicios y que en lo posible no sean de alto costo.

Otro fallo de mercado se presenta en la relación entre aseguradores y prestadores. Cuando las IPS lideran la relación por ser monopólicas o manejar una posición dominante, éstas ejercen prácticas oportunistas que obligan a las EPS a implementar procedimientos costosos como glosas, auditorías y devoluciones de facturas. De otra parte, cuando la posición dominante de mercado la tienen las EPS, como en el caso en que exista gran oferta para los servicios, existen negociaciones desfavorables que pueden incluso afectar la calidad de los servicios prestados. Para resolver estos fallos de mercado, los participantes recurren a estrategias como la integración vertical (por ejemplo, entre EPS e IPS) o alianzas estratégicas. Así mismo las relaciones entre EPS y usuarios también presentan en algunos casos altos costos de transacción que limitan la libre elección de los consumidores”⁵⁵³.

A su vez, en la relación del prestador con los profesionales de salud que prestan directamente los servicios (médicos), existen arreglos no formales que pueden llegar a afectar el mercado. Si la IPS tiene un esquema de capitación, su interés es generar los menores gastos posibles por lo que la contención de costos es una regla de trabajo que menoscaba la calidad de los servicios; pero si por el contrario el esquema de negociación es por evento, existe un permanente incentivo para

⁵⁵³ *Ibíd.*, p. 30.

facturar servicios en algunos casos por encima de parámetros de racionalidad y pertinencia del acto médico que puede conducir a desbalances del sistema.

Existen además otros actores muy importantes dentro del sistema como son los laboratorios farmacéuticos o proveedores de insumos especializados, para quienes su fin último es generar demanda de sus servicios a todo costo. Estos realizan arreglos tanto institucionales como parainstitucionales en busca de vías que garanticen que en todos los niveles cuenten con la anuencia para su negocio. Parten de arreglos a nivel de entidades estatales como el INVIMA para el ingreso de sus productos al mercado; una vez ahí realizan las gestiones para la inclusión de sus productos en el POS (si les conviene); luego establecen acuerdos con los Aseguradores y Prestadores; pero su mayor ingerencia se da en la relación con el cuerpo médico a quienes, a través de esquemas de “capacitación” en el mejor de los casos, u otros incentivos, logran imponer el uso de sus productos. Cuando el esquema de incentivos prima sobre la racionalidad o pertinencia en la prescripción es cuando se generan desviaciones que afectan de forma desfavorable las reglas del mercado y el fin último del sistema.

Otro fallo de mercado que se ha detectado en el sistema, se encuentra en la relación que existe entre usuarios y laboratorios farmacéuticos o proveedores de insumos especializados. Estas empresas han creado programas de incentivos para los pacientes con el fin de crear “fidelidad” a sus productos. Esto se ve en casos de patologías de alto costo como por ejemplo hemofilia o artritis reumatoidea, en las cuales para los laboratorios es importante la continuidad de los tratamientos que en algunos casos supera los \$5.000.0000 de pesos mensuales. En estos casos, si existe riesgo de cambio de un producto por otro de similares características, el usuario interpone acciones legales asesorados por los abogados de los mismos laboratorios.

Como podemos apreciar, en el mercado de la salud, cada actor, acorde con sus propios intereses genera acciones en pro de su rentabilidad⁵⁵⁴; sin embargo es de particular importancia lo relacionado con el papel de las EPS dentro del SGSSS, por lo que se profundiza en éste aspecto.

El modelo de aseguramiento en el SGSSS, no puede catalogarse como un sistema en el cual imperen las leyes del libre mercado en tanto el precio (las tarifas) como el producto (POS) que son ejes del modelo de aseguramiento son definidos normativamente por el Estado. En correlación con el principio de solidaridad, los aportantes al sistema (Régimen Contributivo) subsidian el acceso a quienes no son aportantes (Régimen Subsidiado), de tal forma que el beneficio no está relacionado de forma directa con su precio. De otra parte, las EPS tampoco pueden variar el Plan de Beneficios definido en el POS. La decisión de los usuarios (compradores) está en función simplemente de cambiar o no de empresa a la cual se afilian, lo cual dada la estructura del mercado no afecta en forma ostensible la oferta general del sector, aunada a la no capacidad de los usuarios para elegir de forma efectiva la IPS de su preferencia, especialmente en casos en los cuales la oferta territorial, en los municipios de baja categoría, no cuenta sino con una sola IPS. Por ende no existen incentivos para la competencia en este ámbito, dada la estructura de la oferta y la incapacidad de la demanda de elegir libremente.

El diseño del modelo en lo referente a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) hace que las EPS busquen la reducción de costos en función de dos mecanismos. El primero, dependiente del estado de salud de los usuarios, incentiva a las entidades a afiliar población en buen estado de salud que sean poco demandantes de los servicios propiciando la selección adversa. El segundo, dependiente de la capacidad de

⁵⁵⁴ MARTINEZ LEON, Félix. Sobrecosto de medicamentos disparó gastos de las EPS. En: Periódico de la Universidad Nacional, Bogotá D.C. Junio 2013.Vol 167, p 7. Disponible en internet: <http://www.unperiodico.unal.edu.co>

negociación con las IPS, buscando acuerdos de capitación, principalmente para nivel I y II de atención, en los cuales se paga un valor por usuario, lo que conlleva a que se afecte el acceso real a los servicios y la calidad de los mismos por la fragmentación de los servicios. De otra parte, para servicios con gran oferta se presentan negociaciones a tarifas muy bajas que a la larga impactan también la calidad de los servicios ya que las IPS tratan de manejar márgenes de rentabilidad.

Lo anterior da lugar a que los afiliados se trasladen frecuentemente de EPS buscando mejores condiciones en la atención, sin que exista una motivación en las EPS para retenerlos⁵⁵⁵. Esta falta de interés llegó incluso a arreglos de mercado entre las EPS, para definir estándares bajos de servicios, y no generar diferencias significativas entre ellas, como coligió la investigación adelantada por la Superintendencia de Industria y Comercio en 2011, que dió como resultado un acuerdo de carácter anticompetitivo que afecta la prestación del servicio ya que restringe de forma sistemática el acceso a los servicios de salud; Davila y Rueda señalan que:

“Más allá de los reproches de tipo moral que conlleva la conducta de las EPS y que generan la sanción por parte de la autoridad administrativa, es claro que el mismo diseño institucional de los incentivos económicos a cargo de las EPS propician el escenario de una competencia que en lugar de agregar valor lo destruye⁵⁵⁶”

Para las EPS sus ingresos no están determinados por los resultados en salud o de gestión, sino por el uso racional que se haga de los recursos de la UPC; de tal manera que a menores gastos y costos, se generan mayores ingresos. Las EPS tienen la posibilidad de propiciar una competencia entre los prestadores de servicios de salud para obtener un menor precio mientras que entre las EPS no se genera

⁵⁵⁵ *Ibíd.*, p. 81

⁵⁵⁶ *Ibíd.*, p. 82

competencia puesto que el valor de la UPC es estándar por usuario (acorde con su edad , género y localización geográfica).

Algunas de las prácticas de las EPS , tienen que ver con estrategias que buscan minimizar sus riesgos en escenarios en los cuales se aduce no sólo la falta de regulación, sino que la misma regulación determina en algunos casos dichos fallos. Por ejemplo en materia de riesgo moral y selección adversa o demanda inducida, algunas EPS, buscaron posicionarse en áreas rurales, lo cual, si bien puede interpretarse como una acción para aumentar la cobertura, promovido por la propia normatividad, se puede entender como una estrategia de las EPS para ubicarse en zonas cuya demanda es escasa, los gastos y costos de operación son menores, por lo que se posibilitan las barreras o limitaciones de acceso.

De otra parte, la evasión y elusión de aportes inciden en la financiación del sistema tanto en el Régimen Contributivo como en el Régimen Subsidiado, por lo que asimetrías de información afectan directamente los ingresos de los aseguradores.

“Las EPS no ejercieron un control estricto sobre el valor real de las cotizaciones de los trabajadores independientes, debido a que el SGSSS no ofrece incentivos a estas entidades para hacerlo. No obstante, el Estado sí les tiene que reconocer a las EPS el valor completo de la Unidad de Pago por Capitación-UPC. De igual manera, algunos empresarios no asumieron la responsabilidad e hicieron caso omiso a la obligación de afiliarse a sus empleados, situación que configura una modalidad típica de evasión al SGSSS”⁵⁵⁷.

Dávila y Rueda⁵⁵⁸ analizan los aspectos asociados a la competencia y competitividad que se presenta en el sistema de aseguramiento en salud e indican que

⁵⁵⁷ *Ibíd.*

⁵⁵⁸ DAVILA GUERRERO, Carmen Eugenia y RUEDA PRADA, Alfredo Luís. *La Competencia en el Modelo de Aseguramiento en Salud en Colombia. Maestría en Gobierno y Políticas Públicas.* Bogotá D. C.: Universidad Externado de Colombia. Facultad de Finanzas, Gobierno y Relaciones Internacionales. 2013; 122 p.

se encuentran varios factores a considerar. La primera variable es el número de EPS tanto del Régimen Subsidiado como del Régimen Contributivo, el cual ha sido más bien estable, y se ha caracterizado principalmente por la salida del mercado de algunas empresas, más que por la introducción de algunas nuevas debido a que la normatividad y las condiciones de mercado no generan una estructura tendiente a la competitividad del sector.

En cuanto a los procesos de privatización posteriores a la reforma, Martínez citando a Guerrero señala que éstos se dan en dos sentidos: “No sólo el Estado debe promover la competencia del mercado, sino que además el Estado debe introducir mecanismos de mercado en su funcionamiento. En un extremo se pasa al sector privado la provisión de los bienes sociales y la infraestructura básica (exprivatización), en el otro, los provee el Estado pero con la introducción de mecanismos de mercado (endoprivatización)”. La exprivatización consiste en el proceso por el cual la administración pública transfiere la producción de bienes y servicios a la empresa privada. La endoprivatización, por su parte, es la sustitución de la gestión de los asuntos públicos por la idea, la metodología y la técnica del espíritu empresarial privado. La irrupción de las EPS implica de alguna manera un proceso de privatización de la salud⁵⁵⁹, el cual ha sido propicio para la generación de incentivos y constitución de prácticas de operación basadas en la extracción de rentas. Esto conlleva a señalar que la salud ha devenido en un negocio sustentado en las múltiples transacciones entre los actores con un mayor poder de influencia: EPS y Gobierno nacional, en aras de propender por la consolidación y fortalecimiento de las EPS como empresas intermediarias de los servicios, pese a existir fuertes críticas de varios sectores en función a la pertinencia de su existencia y la calidad de los servicios que prestan.

Martínez señala que el interés de las EPS en el proceso de privatización de la salud en el país, está dado en función a la forma en que éstas empresas se

⁵⁵⁹ (Guerrero 1999). MARTÍNEZ, Félix. La crisis de la seguridad social en salud en Colombia. ¿Efectos inesperados del arreglo institucional? Bogotá, FEDESALUD, Abril; 2013: p. 4.

configuraron no sólo desde el sector financiero, sino también desde el sector cooperativo, en el sentido que si bien las EPS de este último ámbito dada su naturaleza no pueden redistribuir utilidades entre sus dueños, es mediante la masiva afiliación de personas que generan la capacidad para manejar cuantiosos ingresos provenientes de la UPC, lo cual en los primeros años de funcionamiento del sistema se tradujo en que se convirtieron en empresas de gran tamaño medidas en el flujo de recursos. Este autor señala que los efectos del SGSSS y “la depredación” de recursos por parte de las EPS no es resultado de las fallas regulatorias, sino que es parte del propio arreglo estructural del sistema generado por la Ley 100, en el cual, el sistema fue dejado en manos del mercado.

Citando a la Defensoría del Pueblo, Martínez permite señalar que el factor clave de la privatización de la salud está dado en el conjunto de arreglos de mercado que dan lugar a prácticas a través de las cuales se instituyen mecanismos de apropiación de los recursos que deberían estar destinados a la salud, por ejemplo, mediante la absorción de rentas, o mediante la imposición de precios, los cuales son posibilitados por los procesos de privatización de los servicios de salud, que otorgan cierto margen de legitimación a la acción de la intermediación como forma de vinculación de las EPS, en la cual se mimetizan prácticas perversas tales como la negación de servicios, la postergación indefinida de autorizaciones, la negativa a brindar servicios de mediana o alta complejidad entre otros, a través de las cuales se garantiza a las EPS un mayor acceso a un flujo colosal de ingresos y dineros.

Desde la óptica del Gobierno, el Ministro Gaviria en la exposición de motivos del Proyecto de Ley Ordinaria N° 210 de 2013, aunque plantea la necesidad de transformar el sistema debido a las causas y problemas de captura que lo afectan, no define la necesidad de cambiar el rol de la intermediación de las EPS; solamente se redefinen sus alcances y los procesos de regulación, es decir, que para el Gobierno Nacional el problema de las EPS es causado por la desviación del comportamiento de algunos agentes, pero esto no agota las “bondades” del modelo de intermediación y aseguramiento:

“...el desarrollo del modelo derivó en diferentes problemas especialmente concentrados en la fragmentación del modelo de salud con incentivos de los agentes hacia la extracción de rentas en demerito de los objetivos de salud de la población. Como consecuencia se generaron tres situaciones problemáticas: primero, un esquema de prestación de servicios orientado hacia la resolutividad en la alta complejidad con baja capacidad de ejecución de acciones preventivas en un entorno de transición epidemiológica y alta carga de enfermedad; segundo, un aseguramiento que se centró en el manejo financiero por encima del objetivo misional de gestión de los riesgos en salud; y tercero, resultados negativos que se manifiestan sobre los usuarios en la forma de barreras de acceso, en particular en la limitada resolutividad (sic) de aquellos procedimientos que involucran el acceso a tecnología en el entorno de los servicios de alta complejidad. (...) Estos problemas han determinado una situación de crisis sistémica donde los diferentes intentos de resolución han encontrado que la capacidad de agenciamiento de intereses de los agentes se ha sobrepuesto a la capacidad regulatoria del Ministerio de Salud y Protección Social. Los esfuerzos legislativos a través de las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 han ofrecido soluciones parciales que no han resuelto de manera estructural el problema de fragmentación dejando al propio Ministerio de Salud y Protección Social con muy limitada capacidad de rectoría y débiles mecanismos regulatorios para efectuar una ordenación del sistema”⁵⁶⁰.

En otras palabras la extracción de rentas asociada al modelo de intermediación conlleva al hecho de que si bien las EPS fueron configuradas como promotoras de la salud, su papel ha estado en función de establecer nichos de mercado de los cuales puedan derivarse flujos de renta que les permitan una mayor capacidad financiera. La estructura del sistema ha dado lugar a que las EPS busquen la forma de captar flujos de rentas, a través de mecanismos diferentes al de la UPC, como por ejemplo por cobros de CTC y Tutelas e incluso a través de la consolidación de modelos de operación basados en la integración vertical, llegando incluso a la desviación de recursos de forma ilegal como fue el caso de Saludcoop⁵⁶¹.

⁵⁶⁰ *Ibíd.*, p. 19.

⁵⁶¹ EL TIEMPO. Aplazan interrogatorio a expresidente de Saludcoop: Carlos Gustavo Palacino (5 Septiembre, 2014). Disponible en internet: <http://www.eltiempo.com/politica/justicia/caso-saludcoop-carlos-palacino-pide-aplazamiento/14489377>; Noticias relacionadas. Disponible en internet: Ver por ejemplo: <http://www.eltiempo.com/noticias/carlos-palacino>

En el Régimen Subsidiado se argumenta que existe una clara dificultad en la administración de la competencia regulada, lo cual facilita la captura de las autoridades locales por parte de grupos de presión con capacidad de injerencia en la administración y control del sistema, que a su vez se encuentra determinada por las falencias en la competencia regulatoria por parte de las autoridades en el nivel nacional, por ejemplo en función a las fallas de este tipo, la norma no es clara en cuanto los tiempos de pago por parte de las EPS a las IPS, lo cual se materializa en incentivos perversos para que estas últimas propendan por las minimizaciones de costos en la prestación de servicios, y consecuentemente las reducciones de calidad y acceso a los mismos.

La Hipótesis de análisis de Guerrero, Prada y Lambard⁵⁶² plantea que la salud es percibida como un sector económico y por ende su crecimiento estará asociado a la importancia que tiene la salud en el contexto sociopolítico, esto significa que en contextos de mercado, se generan múltiples incentivos para que sean actores privados quienes asuman los riesgos pero en el marco de salvaguardas gubernamentales que les aseguran su inversión. En este contexto, pese a los diversos instrumentos regulatorios, las EPS toman los fallos del mercado a su favor y potencian en estos su capacidad de gestión para lograr mayores beneficios rentísticos.

Debe antes precisarse que en el caso de las EPS, muchas de ellas pertenecen al sector denominado cooperativo el cual teóricamente no se relaciona “directamente” con la generación de lucro; sin embargo, los autores enfatizan que la evidencia empírica permite establecer la no distinción en materia de comportamiento entre una empresa privada con fines de lucro y una sin fines de lucro; en ambos casos se establecen incentivos dadas las relaciones bien sea con el FOSYGA o bien sea con los prestadores como se detalla a continuación:

⁵⁶² GUERRERO, Ramiro; PRADA, Sergio; LAMBARD, G. Fallas de Mercado, Fallas de Gobierno e Incentivos Perversos en el SGSSS. Bogotá, Fescol, Policy Paper N° 9; enero; 2013: 22 p.

Tabla 25. Incentivos en la relación FOSYGA-EPS

Incentivos bajo el supuesto de la NO existencia de servicios No POS ordenados por tutelas y CTC	Incentivos bajo el supuesto de la existencia de servicios No POS ordenados por tutelas y CTC
<p>Las EPS tienen un incentivo fuerte a negociar hacia abajo las tarifas con los médicos y prestadores, así como a controlar la utilización de servicios.</p> <p>Para la EPS, el efecto de incluir en el POS tecnologías médicas, depende de si éstas son más caras o más baratas en comparación con la tecnología anterior. Si son más caras el efecto sobre las finanzas de la EPS será adverso (sobre todo si no se ajusta la UPC).</p> <p>En el caso de tecnologías que son menos costosas frente a lo usado anteriormente, con iguales o mejores resultados en salud, las cuales se denominan tecnologías dominantes. Si no existiera la posibilidad de recobrar, las EPS tendrían un incentivo a cubrir tecnologías dominantes, así no estén ordenadas en el POS, pues ahorran recursos.</p> <p>En ausencia de CTC y tutelas, los procedimientos No-POS estarían enteramente a cargo del paciente. La EPS no se preocuparía por las tarifas o la utilización, pero sí el afiliado.</p>	<p>La EPS no tiene incentivo a negociar hacia abajo las tarifas de lo no-POS ni a controlar su utilización.</p> <p>Es indiferente la adopción de nueva tecnología. Incluso tiene un incentivo a dar procedimientos no-POS, pues sustituyen cosas del POS. Obtienen un ingreso adicional y “liberan” dinero de la UPC.</p> <p>La EPS tiene incentivo a negar tecnologías dominantes que no estén en el POS, pues tiene la posibilidad de recobrarlas.</p> <p>La única fuerza que obra en sentido contrario es el riesgo de liquidez, por posibles problemas en la auditoría y pago de los recobros.</p> <p>Los servicios no-POS sean más atractivos y rentables para el prestador que los servicios POS.</p> <p>Estos incentivos al prestador se extienden hacia arriba a la EPS cuando está verticalmente integrada.</p>

Fuente: Diseño propio con base en: GUERRERO, Ramiro; PRADA, Sergio; LAMBARD, G. “Fallas de Mercado, Fallas de Gobierno e Incentivos Perversos en el SGSSS”. Bogotá, Fescol, *Policy Paper* N° 9; enero, 2013; págs. 10 – 12.

Tabla 26. Incentivos en la Relación EPS-PRESTADORES

Enfoque	Tipo de Incentivos
Incentivos en la prestación de servicios según modalidad de contratación	Las EPS pueden optar por prestar los servicios de salud directamente, en sus propias instalaciones con personal asalariado. Por regulación, estas entidades pueden hacerlo hasta por el 30 por ciento del valor de los servicios. Generalmente, las EPS eligen una red de prestadores, las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), con base en el precio y la calidad. Sin embargo, la mayor parte de las EPS no necesariamente escogen a sus prestadores basados en el precio, sino más bien por la red de prestadores de servicios.
Incentivos en esquemas de compra basados en integración vertical	<p>Cuando la EPS tiene intereses económicos en la prestación de servicios se generan incentivos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inducir (autorizar) la prestación de aquellos servicios que dejan más ganancias para el proveedor • Prestar, en caso de existir múltiples tratamientos para una condición, aquel de más bajo costo.
Incentivos en esquemas de compra con grupos de profesionales o IPS	<ul style="list-style-type: none"> • Si la EPS tiene poder de mercado puede fijar los precios, lo que genera el incentivo para que la IPS ahorre costos bajando la calidad del servicio • Si la IPS tiene poder de mercado puede fijar precios, lo que genera el incentivo a la producción de menores cantidades y, posiblemente, disminución en calidad.
Incentivos en esquemas de compra con profesionales individuales	<p>Cuando la oferta de profesionales es alta para la especialidad se genera dominancia por parte de la EPS, por lo que los profesionales tenderán a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compensar ingreso, prestando más servicios en menor tiempo, en posible detrimento de la calidad, • En tratamientos con alta discreción por parte del profesional, éste tenderá a escoger aquel más rentable para sí mismo. <p>Cuando el número de profesionales es bajo, el poder de mercado está en ellos. En estos casos, el precio de mercado de los servicios prestados es mayor al óptimo social y se generan incentivos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener un número bajo de entrada al mercado de nuevos especialistas por parte de los mismos especialistas. • Limitar la competencia externa.
Incentivos en la prestación de servicios según modalidad de pago	<p>Incentivos en Esquemas de pago por servicio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentiva la sobre oferta de servicios (Prestadores ordenan más procedimientos o exámenes). • Incentiva a los profesionales a ver más pacientes y dedicarles menos tiempo, con posibles efectos en la calidad del servicio.
	<p>Incentivos en esquemas de pagos basados en grupos de diagnóstico relacionado, GRD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentiva a los proveedores a codificar a los pacientes en los GRD más rentables (up-coding). • Incentiva a hospitalizar pacientes (“innecesariamente”) con los GRD más rentables. • Incentiva a los proveedores a limitar la prestación de GRD no rentables (engage in under-provision). • Incentiva a los hospitales a dar de alta antes de tiempo, lo cual potencialmente llevaría a mayores costos posteriores vía re-hospitalizaciones. • Incentiva a los hospitales a seleccionar pacientes de bajo costo y a rechazar pacientes de alto costo.
	<p>Incentivos en esquemas de pago por volumen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las IPS tienen un incentivo a contratar por este mecanismo sólo aquellos servicios que pueden prestar a bajo costo.
Incentivos en la relación Industria Farmacéutica-SGSSS	<ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento exagerado de utilización de medicamentos de alto costo. • Prescripción de medicamentos en indicaciones no aprobadas por el INVIMA. • La reglamentación sobre recobros establece que el valor de cada medicamento no-POS será la diferencia entre el precio del medicamento no-POS recobrado y el precio del sustituto del POS, que se pretende sustituir. El incentivo se orienta a la elección de aquel que genere la mayor diferencia.

Fuente: Diseño propio con base en: GUERRERO, Ramiro; PRADA, Sergio; LAMBARD, G. “Fallas de Mercado, Fallas de Gobierno e Incentivos Perversos en el SGSSS”. Bogotá, Fescol, Policy Paper N° 9, enero, 2013: págs.13 – 18.

Se puede concluir que el mercado de servicios de salud se caracteriza porque no es de competencia perfecta, se identifican fallos que implican limitaciones a la entrada, falencias en la planificación, problemas en el establecimiento de precios que conllevan el desarrollo de medidas regulatorias, que dan pie a señalar junto con García y Chicaíza⁵⁶³, que los modelos de mercado perfecto o de gobierno perfecto no existen en la realidad, puesto que no es posible obviar en los procesos reales de toma de decisiones aquellos factores relacionados con los fallos de mercado y los fallos de gobierno, pero más aún, porque la salud en sí misma no puede entenderse a la luz de un bien o un riesgo, sino de un derecho de la población.

Mientras que las fallas del Estado y del mercado operan como procesos contraproducentes para el funcionamiento del sistema, el Gobierno no ha dado muestras de implementar mejoras y, por el contrario, sigue apostando estrictamente por una política asistencialista que no prioriza soluciones de fondo y responde a situaciones coyunturales y no estructurales, sin poder cumplir con la garantía del derecho fundamental a la salud.

F. SALUD PÚBLICA EN LA LEY 100 DE 1993

Una problemática recurrente de la salud en Colombia ha consistido en la falta de claridad de la Ley 100 de 1993 y sus modificaciones a la hora de asignar responsabilidades y diseñar estrategias en materia de salud pública; su enfoque de estructuración mixta concentró la acción de los actores en el aseguramiento del riesgo financiero frente a la enfermedad y debilitó automáticamente las políticas de prevención y promoción preexistentes.

⁵⁶³ GARCÍA MOLINA, Mario y CHICAÍZA BECERRA, Liliana Alejandra. Salud, Estado y mercado: el sistema colombiano actual visto desde la economía. Rev. Col. Anest. Noviembre 2010 - enero 2011. Vol. 38 - No. 4: p. 439-442.

Es importante recordar que la salud no solo es un derecho, sino también un bien jurídico, por lo que impone al Estado y a toda persona el deber de propender no solo por las acciones individuales sino también por intervenciones dirigidas al colectivo. Por esta razón, el Estado debe preservar, proteger y garantizar la salud mediante acciones estatales de políticas públicas y propiciar a su vez, la participación de todos los actores involucrados en el sistema de salud.

La Salud Pública envuelve el concepto de lo público, entendido como aquello que interesa a todos; es el abordaje de la salud desde lo colectivo y o poblacional; la OPS en el año 2002 define la Salud Pública como “la salud del público, de la población, y abarca todas las dimensiones colectivas de la salud”; las posturas clásicas sobre la salud pública hacen énfasis en la responsabilidad que tiene en los fenómenos que afectan en general la salud de la población: “la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud a través de los esfuerzos organizados y decisiones con conocimiento de la sociedad, las organizaciones públicas y privadas, comunidades e individuos (Winslow, citado en OPS,2002:47)”⁵⁶⁴

Esta debe cobijar acciones en cuanto a garantizar la Atención Primaria de la Salud, la inclusión de todos los individuos a los servicios de salud, la total inmunización contra las principales patologías infectocontagiosas, la prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas profesionales y de otra índole, la educación sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud y la satisfacción de las necesidades de los grupos más vulnerables.

⁵⁶⁴MOLINA MARIN, Gloria et al, Tensiones en las decisiones en Salud Pública en el sistema de salud colombiano: El bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares; Medellín , Pulso y Letra Editores 2014 p.41

En Colombia el Estado asume la función de rectoría, vigilancia y control en Salud Pública; transfiere la responsabilidades de su gestión a los departamentos y a los municipios, dándose así una separación de funciones en el sistema de salud.

Pese a esto, un primer intento para atender la problemática de la salud pública se concretó en 1996 a través de la implementación del Plan de Atención Básica (PAB), el cual asignó a nivel nacional, departamental y municipal “un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad” (Ministerio de Salud. Resolución N° 4288 del 20 de noviembre de 1996). Esta política, bajo la administración y dirección del Estado, ha enfrentado la mayoría de las problemáticas asociadas a la salud pública; no obstante, la oscilación de sus resultados durante los últimos años evidenció una falta de apropiación y priorización del tema⁵⁶⁵.

La salud pública en Colombia ha sido uno de los aspectos más complejos en el SGSSS⁵⁶⁶. En la transición del Sistema Nacional de Salud (SNS) al SGSSS, se generaron unas dificultades en cuanto a competencias institucionales, capacidades de orientación, decisión y conducción (rectoría), recursos y actores para el sector de la salud. En el SGSSS la salud pública incorpora acciones colectivas dirigidas a los grupos de población y el ambiente, agrupadas en el Plan de Acciones Colectivas (PAC), anterior Plan de Atención Básica (PAB). De otro lado, existen actividades enmarcadas en programas específicos a cargo de las IPS, centradas en la prevención y promoción individuales, las cuales a partir del año 2003 se encuentran normadas en las Guías de detección temprana y protección específica, las cuales se deben seguir en todo el territorio nacional .

⁵⁶⁵ZAMBRANO RAMÍREZ. Aspectos críticos en la Política de Salud, Op. Cit., p. 87

⁵⁶⁶ Op. cit. AGUDELO CALDERON, Carlos Alberto, y problemas, Contenido en: *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (6): p. 2821-2822, 2011.

Posterior a la Ley 100 de 1993, en materia de salud pública se identifican cuatro fases de evolución de la misma. Una primera fase de 1993 a 2000, con la implementación inicial del SGSSS. Este proceso se da bajo un esquema de descentralización política y administrativa –desde 1986–, con su correspondiente esquema de distribución de los recursos (situado fiscal) a los entes territoriales (Ley 60 de 1993). La Salud Pública en esta fase, quedó sin norte puesto que en ausencia de un régimen de transición, la rectoría nacional de la salud pública quedó a la deriva; ocasionando que los Departamentos y municipios asumieran su prestación sin una directriz clara. Como era de suponer, los resultados de este proceso fueron negativos, en especial frente a las enfermedades tropicales, la tuberculosis, la vacunación y otras similares.

La segunda fase de 2001-2006, inició con la Ley 715 de 2001, la cual reordenó la distribución de recursos entre la Nación y los municipios, acoplándola a los flujos de los recursos de salud, por medio del Sistema General de Participaciones. En esta fase se fortaleció progresivamente la capacidad de gestión y de dirección de la salud pública en los Departamentos y Municipios, lo cual incidió en el resultado de las actividades de control de las enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles. En el año 2003 se definieron las Normas y Guías orientadoras de las acciones de prevención y promoción individuales, las cuales fueron incorporadas al Plan Obligatorio de Salud (POS), para su implementación por parte de las EPS e IPS.

La tercera fase de 2007 a 2012, inició con la Ley 1122 de 2007 y la expedición del Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), Decreto 3039 de 2007. Este Plan definió las responsabilidades en salud pública, a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del SGSSS, las cuales deberían complementarse con las acciones de actores de otros sectores, definidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en los Planes de Desarrollo Territoriales. Este plan definió cinco ejes de política: promoción de la salud y la calidad de vida; prevención de los

riesgos; recuperación y superación de los daños en la salud; vigilancia en salud y gestión del conocimiento, y; gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública, para los cuales concretó objetivos, estrategias y metas, las cuales permiten identificar resultados y aproximarse a la valoración de los impactos en salud.

El PNSP asume como perspectiva conceptual tres enfoques. El enfoque poblacional, que busca enfrentar los riesgos acumulados en los grupos poblacionales; el enfoque de determinantes, que busca enfrentar los factores de riesgo que sean modificables, y el enfoque de gestión social del riesgo, que busca la identificación y modificación de los riesgos en salud. Estos enfoques buscaban enfrentar los riesgos, lo que según sus críticos, dejaban la perspectiva de la salud pública atada a la mirada tradicional de prevención y mitigación de riesgos, lo cual impedía ver los problemas de salud colectiva de manera compleja e integral.

La cuarta fase se puede considerar desde el año 2012, cuando se promulgó el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 a 2021, el cual responde al art. 6° de la Ley 1438 de 2011, que establece que “el Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, en la cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales. El plan definirá los objetivos, metas, acciones, recursos, responsables sectoriales, indicadores de seguimientos y mecanismos de evaluación”.⁵⁶⁷

⁵⁶⁷Artículo 6°, Ley 1438 de 2011

Esta normativa señala que debe existir una acción articulada por parte de los diferentes sectores y actores públicos, privados y comunitarios, los cuales son responsables de la intervención en los procesos de salud enfermedad, a partir de un enfoque basado en los determinantes sociales, con el objetivo de garantizar el bienestar integral y la calidad de vida en la población colombiana.

El Ministerio con el Plan Decenal como instrumento de política pública propende por la garantía y la protección del derecho a la salud, con el fin de lograr una disminución de las brechas de desigualdad regional, que superen los objetivos de un solo periodo gubernamental, y que permitan que en materia de salud pública se realicen propuestas estratégicas de largo alcance. Dada la complejidad que se encuentra en la Salud Pública, este plan contempla diferentes enfoques así: de derechos, diferencial, de ciclo de vida, de género, étnico, discapacidades diferenciales, otros enfoques en lo diferencial, de determinantes sociales de la salud y poblacional.

Es importante resaltar que al plantear el enfoque de determinantes sociales de la salud se reconoce la interdependencia de los derechos y la necesidad de trabajar con los demás sectores responsables de proteger otros derechos. De otra parte, el enfoque diferencial implica un trabajo comunitario y social que reconozca las diferencias, la diversidad y las necesidades individuales y colectivas en salud.

Los propósitos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública son: avanzar significativamente en el goce efectivo del derecho a la salud, afectar los determinantes sociales de la salud y mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes a en el país. Y como objetivos estratégicos se plantea : alcanzar mayor equidad en salud (disminución de brechas injustas y evitables en salud pública), lograr cero tolerancia con la mortalidad evitable y mitigar los impactos de la carga de enfermedad sobre los años de vida saludables.

El impacto de las medidas tomadas en Salud Pública, se pueden apreciar en el resultado que Colombia obtiene en algunos indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), establecidos en el año 2000, los cuales son evaluados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y hacen parte de los compromisos que el país debe cumplir. La entidad encargada del monitoreo de los indicadores es el Departamento Nacional de Planeación (DNP), que en un reciente informe, señala que Colombia ha alcanzado el 57% de las metas de desarrollo que suscribió ante la ONU, con corte al año 2012. En salud, de 16 metas se han cumplido solamente cinco.⁵⁶⁸

En cuanto al objetivo cuatro: reducción de la mortalidad en menores de 5 años; no se ha cumplido con los indicadores establecidos, el primero la tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1000 nacidos vivos, la meta era de 17.73 y el resultado fue de 19.75 y el segundo, la tasa de mortalidad en menores de 1 año por 1000 nacidos vivos, el resultado fue de 65.89 (meta de 45).

El objetivo cinco: mejorar la salud materna, se cumplieron dos de las 7 metas: atención institucional del parto (98,72%) con meta superior al 95 por ciento y la tasa de muertes por cáncer de cuello uterino, que estaba en 11.4% en 1990 y actualmente en alrededor del 6.6% (meta inferior al 6.8 por ciento). No se cumplieron: tasa de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos (la meta era de 45 y el resultado se encuentra en 65,89); porcentaje de más de cuatro controles prenatales, el resultado del país fue de 84,9% con meta superior al 90%; porcentaje de anticoncepción entre adolescentes, el resultado fue del 63,10% con meta superior al 65%; en mujeres sexualmente activas el resultado fue de 73.3% con meta superior al 75%; y por último el porcentaje de embarazo en adolescentes por primera vez, la tasa ha aumentado considerablemente hasta el 19.5% con meta inferior al 15 por ciento.

⁵⁶⁸PNUD, Objetivos de Desarrollo del Milenio, Colombia 2014. Disponible en internet: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country%20Reports/Colombia/informeanualodm2014.pdf>. Consultado el: 25 de julio de 2015.

Por último, con relación al objetivo seis: combatir el VIH sida, la malaria, el dengue y otras enfermedades. De 7 objetivos, con corte al año 2012, se han cumplido tres así: porcentaje de VIH-SIDA entre 15 y 49 años, el resultado fue de 0.45 por ciento (meta inferior al 1%); cobertura antiretroviral en VIH SIDA, el resultado fue de 99.9 por ciento (meta superior al 85%) y el de mortalidad por malaria, cuyo resultado fue de 24% (meta inferior al 34%). Los que no se cumplieron fueron: mortalidad por SIDA por 100.000 habitantes, el resultado fue de 4.76% (meta inferior al 4.32 por ciento); porcentaje de transmisión materno infantil de VIH con 4.6% (meta inferior al 2%) y mortalidad por dengue, el resultado fue de 97 casos (meta inferior a 45 casos). .

Los resultados son mas preocupantes si se analizan los resultados a nivel regional. Las zonas más apartadas y con mayores dificultades en la prestación de los servicios presentan resultados más deficientes como en el caso de los departamentos del Chocó, la Guajira y el Amazonas.

En cuanto a otros indicadores de salud pública, se nota un aumento en la infección por leishmaniasis, en las principales causas de morbi-mortalidad por enfermedades crónicas no trasmisibles, en especial por problemas cardiovasculares; los derivados de la violencia y el cáncer. También reconoce como problemas la prevalencia de los trastornos de salud mental y del consumo de sustancias psicoactivas.

Este panorama, si bien muestra mejoría en algunos indicadores de salud, no admite muchas de las situaciones graves que experimenta el país en materia de salud pública. Se esfuerza por mostrar los avances en los indicadores, pero sin hacer comparaciones internacionales, que son una mejor forma de evaluar los avances o retrocesos. “ La instauración de la política de Estado en salud, en 1993, a través de la “Ley 100, hizo un profundo giro en la organización del sistema en el país y en la

manera de concebir la salud pública, asunto que ha jugado un papel central en su actual crisis.

Es indudable que para el país es bueno que se establezca un Plan Decenal de Salud Pública, que fije los derroteros por encima de perspectivas de cuatrienio gubernamental y que permita configurar planes territoriales de salud pública, que tengan en cuenta los perfiles epidemiológicos específicos y busque resultados positivos en salud y no en finanzas; que vaya más allá del aseguramiento individual y que rescate la atención de los problemas colectivos de salud como un asunto con altas externalidades bajo la rectoría del Estado”.⁵⁶⁹

Frente al actual panorama de Salud Pública es indudable que se requiere de un seguimiento y monitoreo estricto a cada una de los componentes del Plan Decenal, con el fin de que la salud pública deje su papel marginal y sea considerada como un derecho humano y un bien público no sujeto a la lógica de mercado.

CONCLUSIONES

Con la Ley 100 de 1993, se incorpora el aseguramiento en salud y se crean las condiciones para desarrollar el “cuasi-mercado” en salud, con los lineamientos de la racionalidad económica del mercado. Con el paso del tiempo, el mercado terminó capturando al Estado y éste no ejerció adecuadamente sus funciones en cuanto a la rectoría del sistema, en razón a que su política está enfocada, en el manejo social del riesgo y por ende, no ha podido garantizar el cumplimiento de la garantía del derecho fundamental a la salud, el cual está basado en la tesis de los derechos sociales.

⁵⁶⁹ Torres Tovar, Mauricio. Plan Nacional de Salud Pública, ¿respuesta a situación de la salud?. Bogotá D.C. UNPERIODICO. Ed.107. p10 .Disponible en Internet: <http://historico.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/107/10.html>

** Torres Tovar, Mauricio. Coordinador de la Región Andina de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Alames.

Se reconoce por tanto la tensión que existe entre un Sistema de Salud, orientado por la racionalidad del mercado, el contexto jurídico, sociopolítico y económico del país, y la obligación que tiene un Estado Social de Derecho de garantizar el derecho fundamental a la salud, con el fin de cumplir con los fines sociales del Estado.

Los aspectos del SGSSS que se consideran críticos y sobre los cuales se realiza el análisis en este capítulo son la sostenibilidad financiera del sector, la cobertura y el acceso, el impacto de la acción de tutela en el sector, los fallos del Estado y del mercado, la situación de Salud Pública en Colombia y su incidencia en el derecho fundamental de la salud.

En cuanto a la complejidad de los aspectos financieros del sistema, si bien se puede indicar que se presenta una brecha entre los recursos que se requieren para cumplir con la obligación de garantizar la salud a toda la población colombiana, frente a los recursos actuales con que cuenta el sistema y que limitan la posibilidad de brindar un acceso real a los servicios de salud, existen otra serie de razones o situaciones que hacen que la administración de los recursos no sea eficiente.

Revisando las diferentes posturas sobre la problemática, se encuentra que cada uno de los actores del sistema tiene su explicación: el Gobierno indica que no es falta de recursos sino que es un problema de liquidez, las EPS plantean que es falta de recursos y los prestadores manifiestan que los temas de cartera amenazan con el cierre de las instituciones. Al final el afectado es el usuario, quien ve limitado el acceso y la continuidad de sus tratamientos.

Lo cierto sobre el tema es que a nivel macro, el sistema se construyó sobre unos supuestos de empleo formal y desarrollo económico, que hacían viable el modelo de pluralismo estructurado. En esos supuestos, el 70% de la población debía

estar afiliada al régimen contributivo y ésta población a través del mecanismo de solidaridad debía ayudar a sostener a la población sin recursos.

Debido a que los supuestos macroeconómicos no se cumplieron, el Gobierno ha tenido que realizar ajustes en el sistema con el fin de generar los recursos adicionales que coyunturalmente ha requerido para mitigar las crisis que se han presentado, sin que le haya dado, hasta ahora, una verdadera solución estructural al tema.

Dado que no se cuenta con un adecuado sistema de información que sirva como fuente para determinar el estado real de las finanzas del sector, no es factible conocer el estado de las cuentas del sistema, ni el costo de la intermediación. Lo cierto es que tanto las EPS como los prestadores del Régimen Contributivo como los del Régimen Subsidiado, manifiestan que los recursos son insuficientes.

En cuanto a cobertura y acceso, se puede señalar que aunque ha existido una mejoría en cuanto a cobertura de servicios de salud tanto para la población del Régimen Contributivo, como para la del Régimen Subsidiado, el mayor inconveniente radica en el acceso real a los mismos, por cuanto no se han superado las barreras de oferta y de demanda de servicios que garanticen al ciudadano el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

En cuanto a las barreras de oferta, éstas son relevantes en el ámbito regional en sitios alejados de los principales centros de desarrollo del país, en donde la infraestructura en salud es deficiente y no se puede garantizar el acceso a todos los niveles de salud con la calidad esperada. Respecto a las barreras de demanda es necesario contar con acciones efectivas de salud pública y promoción y prevención para que los usuarios acudan tempranamente a los servicios médicos y se promueva efectivamente una cultura de “estar sano”. Por lo tanto, las medidas de aumento de

cobertura deben ir de la mano de estrategias para facilitar el acceso a los servicios de salud con el fin de lograr que los ciudadanos gocen del verdadero derecho a la salud.

Respecto al acceso a los medicamentos dentro del SGSSS, existen presiones por parte de las empresas farmacéuticas multinacionales, para lograr la introducción y venta de sus productos; sin embargo se presenta una tendencia cada vez mayor a utilizar productos genéricos, que tienen la misma eficacia de los productos originales por menor costo y permite brindar mayor acceso y cobertura de este servicio. Colombia, aunque continúa con la política de patentes para medicamentos originales de máximo 5 años; ha tomado otras medidas para favorecer el acceso y la sostenibilidad financiera en este aspecto: regulación del precio de medicamentos originales basados en el PRI (Precio de referencia por comparación Internacional), y la nueva regulación para medicamentos biotecnológicos, con lo cual favorece la producción de estos por parte de los laboratorios genéricos.

Un mecanismo para acceder a los servicios de salud en caso de que no funcionen los procedimientos establecidos en el SGSSS, es la acción de tutela, la cual es después del derecho de petición el más invocado en Colombia. Este mecanismo ha permitido poner en evidencia las actuales fallas del Sistema de Vigilancia, Inspección y Control, en consecuencia se ha configurado como el mecanismo de valoración más visible de la política pública ejecutada. Sin embargo, a pesar de su efectividad, esta acción NO POSibilita resolver la problemática del Sistema de Salud dado que se concentra en casos individuales y aumenta considerablemente los costos de transacción.

Otro de los problemas críticos del sistema lo constituyen las fallas del Estado y del mercado, derivados del modelo de salud implementado en Colombia, el cual es un problema estructural del SGSSS. En cuanto a fallos del mercado, y siguiendo a Stiglitz, éstos no siempre se comportan según los postulados de la economía clásica y por consiguiente se justifica la intervención del Estado. Los fallos que se presentan son entre otros los derivados de:

- La competencia, en la cual, como en el caso de salud, el Estado define la tarifa (UPC) y el producto (POS).
- De externalidades como por ejemplo la vacunación, en la cual los beneficios no solamente son para los individuos que reciben el producto sino que favorece al colectivo en general. Estas pueden ser positivas o negativas.,
- Los mercados incompletos, en el cual no se ofrecen determinados bienes y servicios a pesar de que el costo de producción es inferior al precio que los individuos están dispuestos a pagar, como puede ocurrir en el mercado de los seguros con eventos de baja frecuencia y costo
- Los fallos de la información, debido a que se presentan en salud grandes asimetrías para los actores del sistema, lo que ocasiona que las decisiones no estén acorde con las necesidades de cada parte involucrada.
- Los indicadores macroeconómicos como el desempleo, la inflación y el desequilibrio son variables que ocasionan fallos de mercado ya que si existen desviaciones en los supuestos, se afecta de forma general el desempeño del sector.

No obstante lo anterior, la corriente ortodoxa insiste en postular que los elementos del mercado bien estructurados podrían dar resultados satisfactorios para toda la población en contraposición a la corriente heterodoxa para quienes los servicios de salud deben ser asumidos por el Estado bajo reglas de juego diferentes.

En cuanto a fallas del Estado, para Colombia, después de la reforma de 1993, se generó un arreglo institucional en el cual, las organizaciones del sector público debían ejercer control sobre las actividades desarrolladas por los particulares, en aras de garantizar el manejo adecuado de los recursos, la prestación eficiente de los servicios y corregir los fallos de mercado. Sin embargo, se evidencia a lo largo de más de 20 años de evolución del sistema, que a pesar de los ajustes coyunturales realizados, el Estado no ha podido desarrollar adecuadamente las funciones de modulación del sistema, de rectoría, de regulación, de inspección vigilancia y control,

dados los intereses políticos y económicos de distintos actores, que han cooptado al Estado en favor de sus intereses y han impedido corregir los fallos de mercado como la selección adversa, la selección de riesgos, la información incompleta, el riesgo moral, y la segmentación de los mercados.

La Salud Pública también se constituye en un problema del actual SGSSS; debido a que la Ley 100 de 1993 y sus modificaciones no ha tenido coherencia y claridad a la hora de asignar responsabilidades y diseñar estrategias en materia de salud pública; su enfoque de estructuración mixta concentró la acción de los actores en el aseguramiento del riesgo financiero frente a la enfermedad y debilitó automáticamente las políticas de prevención y promoción preexistentes.

Lo anterior impacta directamente el desarrollo del país, ya que al no contar con un adecuado sistema de salud pública, no solamente se afecta la salud en el colectivo, también impacta los indicadores de desarrollo de una sociedad, haciendo evidentes iniquidades y exclusiones. En el ámbito de salud, se presenta un mayor número de patologías prevenibles que a la larga generan gran inversión de recursos y por consiguiente desequilibrios en el sistema.

De los hallazgos de esta investigación se deduce que el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene problemas estructurales de índole financiero, de acceso, del modelo en cuanto a las fallas del Estado y del Mercado y en temas de Salud Pública. Estos aspectos críticos no son de fácil solución, por lo que se debe plantear un nuevo esquema de salud para solucionar los problemas estructurales del sector, con capacidad resolutiva frente a las contingencias que se presenten.

CONCLUSIONES GENERALES

Los hallazgos del presente trabajo han conducido a plantear lo siguiente.

La concreción del Estado Social de Derecho ha sido impulsada por la activa presencia de la jurisdicción constitucional. La Corte Constitucional ha ejercido el desarrollo conceptual y fáctico del Estado Social de Derecho, dándole al país un camino a seguir para el logro del mismo. Ahora bien, sus resultados son mixtos, como se observa en el caso de la salud.

En un Estado Social de Derecho (ESD) debe existir la garantía de los derechos fundamentales de los ciudadanos. Se concibió inicialmente la salud como un derecho fundamental en conexidad con el derecho a la vida pero fue la sentencia T-760 de 2008 la que elevó la salud como un derecho fundamental, luego incorporado en la Ley Estatutaria de Salud de 2015.

En un ESD la salud debe ser prestada y garantizada por el Estado, de allí que se reconozca como un derecho del ciudadano la exigibilidad del mismo y que este se encuentre asociado al desarrollo de la democracia en un sistema político para alcanzar el desarrollo y la equidad.

De otra parte, los Organismos Económicos Internacionales, en función del equilibrio fiscal de los países y bajo la concepción de la salud como un servicio, plantea un modelo de salud con énfasis en el mercado, la focalización de subsidios y el manejo de riesgos individuales buscando prioritariamente la eficiencia financiera pero en detrimento de la equidad y la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Por lo anterior, quienes tienen la responsabilidad de la política pública en salud, se enfrentan a varias corrientes del pensamiento económico. Por un lado, los neoclásicos, dentro de los que se encuentra Arrow, plantean que la salud debe seguir las reglas del mercado y que los gobiernos, deben únicamente intervenir para equilibrarlo y postulan que él mismo encontrará su autorregulación. Así mismo, los neoinstitucionalistas, seguidores de North señalan como los costos de transacción afectan la prestación de bienes públicos como la salud. Por otro lado, están las concepciones de Stiglitz y Krugman, para quienes el Estado debe intervenir en la economía para regular las fallas del mercado. Una tercera, es la visión heterodoxa, en la que se destaca la escuela de la regulación para el análisis del sector salud en la medida en que se plantea que el Estado en su forma institucional puede modular tanto los intereses sociales, como los políticos y los intereses del mercado. Este enfoque analiza como la organización de las autoridades públicas se relaciona con la dinámica económica.

De acuerdo con lo anterior, el gran dilema frente a las decisiones que se tomen en torno al modelo de salud a seguir es, por un lado, que si la salud no se somete a las reglas del mercado, el mismo no es sostenible. No obstante, si se sigue ese camino, no es posible garantizar el derecho a la salud en términos de universalidad y equidad. Este dilema, entre la garantía del derecho fundamental a la salud y la sostenibilidad financiera está presente en la gobernanza global, representada en los Organismos Internacionales tanto de índole económico como político.

Así mismo, la Política Social en salud se debate entre dos enfoques: el de integración social y el de carácter selectivo. El primero, considera el bienestar social basado en el principio de necesidades, el cual, debe cubrirse a través de gasto público social con el fin de lograr justicia social y equidad. En tanto, el enfoque selectivo está centrado en estrategias de focalización para la población menos favorecida, se fundamenta en el hecho de que el Estado tiene poca capacidad para regular los

mecanismos económicos y distributivos del mercado, por lo cual, los actores privados juegan un papel importante en la puesta en marcha de la política social. Este último es el que se ha implementado en Colombia desde los años noventa.

En consecuencia, las instituciones no son neutras, obedecen a valores y a intereses y el modelo institucional de la salud también está permeado por el mismo dilema. Por un lado, debe responder a la garantía del derecho a la salud en términos de cobertura, calidad y accesibilidad, y por el otro, a los valores de la sostenibilidad fiscal como eficacia y eficiencia, que son parte del paradigma del modelo fundado en el mercado.

Históricamente, el desarrollo de la salud en Colombia se constituye en un pilar de la seguridad social. Previo al SGSSS, el país pasó por varias etapas: el higienismo, la salud pública, salud y desarrollo, hasta llegar al Sistema Nacional de Salud (SNS). Estas etapas se caracterizaron por la prestación fragmentada de servicios de salud influenciada por procesos políticos y económicos que permearon las directrices del sector, viéndose afectadas por problemas derivados del clientelismo, la corrupción, la cooptación del Estado, distintas formas de violencia, el conflicto armado, las desigualdades sociales y económicas, entre otras.

A partir de los años 80, se vivió por un lado, la apertura económica e internacionalización del país, realizándose ajustes fiscales mediante la disminución del gasto público, la privatización de las empresas estatales y la descentralización de funciones; y por otro lado, se fortaleció el Estado, por medio de la reforma Constitucional de 1991.

La Constitución Política de 1991 significó la adopción de la forma Estado Social de Derecho, en la cual se postula la protección de los derechos fundamentales con el fin de superar las iniquidades de la población. La salud, se constituye como un

derecho fundamental en conexidad con la vida, que debe ser garantizada por el Estado aunque su prestación puede ser realizada por entidades privadas. La Corte Constitucional estará encargada de vigilar que el Estado y los demás actores protejan este derecho y los demás derechos fundamentales.

Sin embargo, en el artículo 48 de la Constitución, el concepto de Seguridad Social no es claro: consagra principios contradictorios que obedecen a paradigmas conceptuales diferentes: la universalidad, la solidaridad y la eficiencia. Los dos primeros como aportes de Bismarck y el último, propuesto por las corrientes neoliberales, con el que se abre la puerta a la competencia y la concurrencia entre el sector público y el privado, para la prestación de los servicios públicos de seguridad social, lo que genera ambigüedades y tensiones permanentes frente a las medidas que toma el gobierno.

Paralelo a las reformas estructurales de la década de los noventa, surge la reforma de salud con el objeto de superar la iniquidad, la segmentación y la ineficacia del SNS. La reforma al sistema de seguridad social puede considerarse un asunto eminentemente político, y utilizado para ganar gobernabilidad. Para el caso de la seguridad social en salud, durante el proceso desarrollado en la Asamblea Nacional Constituyente (ANC), se presentaron discusiones entre los diferentes sectores acerca de cuál debería ser en materia de política social las orientaciones que el país debería acoger para el nuevo modelo de salud. La propuesta de la Ley 100 del 93 que finalmente se adopta, fue liderada por el gobierno bajo la influencia de los OEI.

Los modelos de referencia en salud y en seguridad social pueden ser “puros” o mixtos. De los primeros se destacan: *Bismarck*, de seguridad social en salud financiado de manera tripartita: obrero, patrón y Estado; *Beveridge* modelo financiado con impuestos generales, *Mercado Privado de Salud* financiado con recursos privados y seguros; *el Híbrido*, financiado por una mezcla público privada y de bajas coberturas.

Y por último *el Mixto Regulado*, el cual está basado en criterios de eficiencia, calidad y contención de costos pero con focalización de la población pobre y vulnerable. Este último es el modelo acogido por Colombia en el Pluralismo Estructurado. Un sistema de salud no puede ser “copiado” de otros países ni traído de otras culturas.

Este modelo neoclásico pretende resolver los problemas del debate entre Estado o mercado en salud, su objetivo es la regulación del servicio público de salud para permitir el acceso de toda la población a todos los niveles de atención; se fundamenta en los principios de universalidad, equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, participación social e integración funcional.

El modelo de salud combina el esquema competitivo de los mercados de aseguramiento y provisión de servicios de salud con la regulación del Estado. Se conciben dos regímenes y crea como agentes a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) (-C para el contributivo y -S para el subsidiado), encargadas de promover y organizar la afiliación al sistema de seguridad social así como la administración del recaudo de las cotizaciones⁵⁷⁰; y define que la provisión de servicios de salud estará a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS): hospitales, clínicas, centros de salud, centros médicos, consultorios particulares y demás. En este modelo la Salud Pública perdió relevancia, debido a que primó el aseguramiento individual.

Es importante resaltar que si bien es cierto que la Ley nació con el principio de equidad, lo definido para la prestación de los servicios fue una franca iniquidad entre los regímenes con una expresa diferencia tanto en las coberturas de salud y

⁵⁷⁰ Las EPS reciben una prima (UPC), a cambio de la garantía de prestación del POS a los afiliados, quienes actúan como tomadores del servicio de aseguramiento en salud, y a su vez actúan como beneficiarios del mismo. El grupo familiar, si bien no actúa como tomador del seguro de salud, por cuanto no es cotizante, sí se constituye como asegurado y beneficiario de los servicios de salud.

condiciones de prestación, entre los que tenían capacidad de pago (Régimen Contributivo) y los más pobres y vulnerables (Régimen Subsidiado).

El esquema asegurador implementado, le dio al sector privado nacional e internacional, la posibilidad de organizar el “mercado de la salud” bajo premisas de racionalidad económica del mercado; con recursos públicos y el sector privado empezó a manejar la figura de asegurador y actualmente maneja gran parte del sistema.

La Ley 100 a lo largo de su implementación y desarrollo ha presentado una serie de dificultades para cumplir a cabalidad sus objetivos, en la medida en que el desarrollo del sistema ha encontrado obstáculos de índole estructural y funcional. Adicionalmente, se ha visto afectada por procesos políticos y macroeconómicos de más de dos décadas y una permanente presión fiscal en aras de garantizar su sostenibilidad financiera. Los ajustes al sistema han estado rodeados de inestabilidades jurídicas, políticas y administrativas y se han concentrado en resolver coyunturalmente problemas relacionados con el flujo de recursos y de cobertura.

Posterior a la promulgación de la Ley 100 en el Gobierno Gaviria, los Gobiernos de Samper y Pastrana tuvieron a su cargo la implementación del SGSSS, la cual estuvo rodeada de resultados mixtos en cuanto a cobertura, acceso y suficiencia de recursos. Paralelamente, empezaron a hacerse evidentes los problemas estructurales del sistema y en el Gobierno de Álvaro Uribe (luego de más de 10 años de desarrollo del sistema), se presenta un ajuste normativo a través de la Ley 1122 de 2007, el cual no resuelve las dificultades. En el año 2009 , y ante una crisis financiera, el gobierno decreta la Emergencia Social en salud, la cual, fue declarada inexecutable por parte de la Corte Constitucional en razón a que no eran hechos coyunturales, sino de carácter estructural, por lo que debía resolverse a través del debate democrático .

Como resultado de las dificultades en la prestación de los servicios de salud, los usuarios encontraron en la tutela una forma de acceso a los servicios, invocando el la exigibilidad del derecho a la salud. Ante el aumento de estas acciones para reclamar por los servicios de salud, la Corte Constitucional analizó las mismas y se pronunció sobre las peticiones más relevantes, dando a conocer la Sentencia T-760 en el año 2008, la cual definió la salud como un derecho fundamental, reconoció las inequidades que se daban en el sistema y ordenó una serie de medidas para que el ejecutivo corrigiera algunos problemas estructurales del SGSSS.

El Gobierno, en respuesta a lo solicitado, emite algunos decretos y plantea un ajuste institucional a través de la Ley 1438 de 2011, la cual buscaba superar entre otros, los problemas de sostenibilidad financiera del sector, y mejorar las funciones de inspección vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Posteriormente, y ante la problemática de salud, el Gobierno ve la necesidad de continuar haciendo ajustes al sistema y en particular, concebir una Ley Estatutaria que consagre la salud como un Derecho Fundamental. En 2013, el gobierno tramita los proyectos de ley No 209 (Ley Estatutaria) y 210 (Ley Ordinaria). El primero fue admitido y finalmente convertido en la Ley 1751 de 2015. La Ley Ordinaria todavía se encuentra en debate, entre tanto parte de sus propósitos se incorporaron tanto en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, como en algunos decretos reglamentarios.

Se puede afirmar que posterior a la implementación de la Ley 100, ha existido una continuidad en cuanto al sistema político y económico que rige el país y las reformas que se han adoptado en los ámbitos económicos, político y social se han dado dentro del mismo sistema, sin generar cambios estructurales. En lo económico todos los gobiernos han tenido que enfrentar crisis a través de reducción del gasto público social que afecta las políticas públicas que se plantean, siendo los programas sociales los más afectados; y por consiguiente impidiendo el fortalecimiento de la

forma ESD que busca garantizar los derechos y superar la inequidad y exclusión social que se presenta

Los aspectos del SGSSS que se consideran críticos y sobre los cuales se realiza el análisis son la sostenibilidad financiera del sector, la cobertura y el acceso, el impacto de la acción de tutela, los fallos del Estado y del mercado, la situación de Salud Pública en Colombia y su incidencia en el derecho fundamental de la salud.

En cuanto a la complejidad de los aspectos financieros, se puede indicar que se presenta una brecha entre los recursos que se requieren para cumplir con la obligación de garantizar el derecho fundamental a la salud para toda la población colombiana, frente a los recursos actuales con que cuenta el sistema y que limitan la posibilidad de brindar un acceso real a los servicios de salud. Cada uno de los actores del sistema tiene su explicación: el Gobierno indica que no es falta de recursos sino que es un problema de liquidez, las EPS plantean que es falta de recursos y los prestadores manifiestan que los temas de cartera amenazan con el cierre de las instituciones.

De lo revisado se evidencia que esto es consecuencia de que a nivel macro, el sistema se construyó sobre un supuesto de empleo formal y desarrollo económico, que fortalecía al Régimen Contributivo. Sin embargo, estos supuestos no se han cumplido, y la población sin recursos ha primado sobre la población económicamente activa, lo cual ha ocasionado un desbalance financiero. Otros factores que han afectado el desempeño financiero son: la forma en que se ha dado el manejo de los recursos públicos de la salud por parte de actores tanto privados como públicos, el impacto de los recobros al sistema por cuenta de los Comités Técnico Científicos y las acciones de Tutela y el costo de la intermediación, entre otros.

En cuanto a cobertura, se puede señalar que ha existido una mejoría en los dos regímenes pero el mayor inconveniente radica en el acceso real a los servicios de salud, por cuanto no se han superado las barreras de oferta y de demanda de servicios que garanticen al ciudadano el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Respecto al acceso a los medicamentos dentro del SGSSS, no se puede negar que los costos de medicamentos, en especial los NO POS han afectado negativamente al sistema, amparados en la libertad de precios que se presentó y la escasa regulación, inspección, vigilancia y control del Estado. En los últimos años, esta situación fue abordada por el actual Gobierno y si bien, se encuentran presiones por parte de las empresas farmacéuticas multinacionales, para lograr la introducción y venta de sus productos; se presenta una tendencia cada vez mayor a utilizar productos genéricos a muy bajo costo con el fin de brindar mayor acceso y cobertura de este servicio a la población y por ende, mejorar el desempeño financiero del sistema.

La acción de tutela en salud, aunque fue concebida para resolver casos excepcionales, es, después del derecho de petición el mecanismo de protección al ciudadano más invocado en Colombia para acceder a los servicios médicos, en caso de violación del derecho fundamental a la salud. Sin embargo, a pesar de su efectividad, esta acción NO POSibilita resolver las problemáticas del Sistema de Salud dado que se concentra en casos individuales y su existencia revela las fallas del sistema, aumentando los costos de transacción.

Otro problema estructural del sistema lo constituye las fallas del Estado y del mercado derivados del modelo de salud de Colombia'. En cuanto al primero, se generó un arreglo institucional en el cual, las organizaciones del sector público debían ejercer control sobre las actividades desarrolladas por los particulares, en aras de garantizar el manejo adecuado de los recursos públicos, la prestación eficiente de los servicios y corregir los fallos de mercado. Sin embargo, se evidencia a lo largo de

más de 20 años de evolución del sistema, que a pesar de los ajustes coyunturales realizados, el Estado no ha podido desarrollar adecuadamente las funciones de modulación del sistema, de rectoría, de regulación, de inspección vigilancia y control, dados los intereses políticos y económicos de distintos actores, que han cooptado al Estado en favor de sus intereses y han impedido corregir los fallos de mercado como la selección adversa, la selección de riesgos, la información incompleta, el riesgo moral, y la segmentación de los mercados.

En cuanto a las fallas del mercado, se puede aseverar que este no siempre se comporta según los postulados de la economía clásica y por consiguiente se justifica la intervención del Estado (Stiglitz). Los fallos que se presentan son derivados de varios factores entre los que se cuentan: la competencia, externalidades positivas y negativas; el de mercados incompletos, fallos de la información y falla en los indicadores macroeconómicos. Por lo anterior, se puede aseverar que el mercado de servicios de salud es bastante complejo debido a la confluencia de múltiples intereses derivados de la heterogeneidad de los actores involucrados, como las EPS, las cuales buscan generar un ambiente más propicio para la generación de rentas sin que en algunos casos cumpla con el objeto para el cual se constituyeron.

Mientras que las fallas del Estado y del mercado operan como procesos contraproducentes para el funcionamiento del sistema, el Gobierno no ha dado muestras de implementar mejoras y, por el contrario, sigue apostando estrictamente por una política asistencialista que no prioriza soluciones de fondo y responde a situaciones coyunturales y no estructurales, sin poder cumplir con la garantía del derecho fundamental a la salud.

La deficiencia en las acciones colectivas de salud, es decir, la Salud Pública en Colombia, también presenta dificultades de carácter estructural dentro del SGSSS. El modelo se enfocó en el aseguramiento individual y debilitó automáticamente las políticas de prevención y promoción preexistentes, lo que ha impactado el desarrollo del país , ya que al no contar con un adecuado sistema de salud pública, se afectan los indicadores de desarrollo de una sociedad, mostrando inequidades y exclusiones .

Finalmente, se colige que al incorporar el aseguramiento en salud y crear las condiciones para desarrollar el “cuasi-mercado” en salud, con los lineamientos de la racionalidad económica del mercado en la Ley 100, el mercado terminó capturando al Estado y éste no ejerció adecuadamente sus funciones en cuanto a la rectoría del sistema, en razón a que su política está enfocada en el manejo social del riesgo y por ende, no ha podido garantizar el cumplimiento de la garantía del derecho fundamental a la salud, el cual está basada en la tesis de los derechos sociales.

Se reconoce por tanto la tensión que existe entre un Sistema de Salud, orientado por la racionalidad del mercado, el contexto sociopolítico y económico del país, y la obligación que tiene un Estado Social de Derecho de garantizar el derecho humano a la salud, con el fin de cumplir con los fines sociales del Estado.

El Estado al establecer un contrato publico privado a través de la intermediación y entregar a las Empresas Promotoras de Salud privadas y públicas los recursos públicos para atender el aseguramiento en salud y contratar los servicios para la atención en salud con las instituciones prestadoras de los mismos públicas y privadas con el fin de lograr eficacia y eficiencia ha perdido el control y seguimiento sobre las mismas y ha terminado pagando unos costos de transacción muy altos y solucionado las crisis de las mismas cuando dicen no contar con los recursos para pagarles las deudas que han contraído para prestarle los servicios.

Si esta situación ha sido recurrente durante la existencia del actual sistema porque no se hacen giros directos a las IPS desde la cuenta del FOSYGA eliminando los costos de la intermediación financiera y administración y exigir al Estado y su agente gubernamental el fortalecimiento de los mecanismos de intervención, regulación, control y vigilancia. Así mismo empoderar a la ciudadanía en el control de la prestación del derecho fundamental a la salud.

PAUTAS PARA EL REORDENAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

Para el académico Franco, lo más relevante en una reforma es partir de la equidad en salud, y del reconocimiento del derecho a la salud, ambos conceptos revisten connotaciones multidimensionales que trascienden el aseguramiento, se insertan en las relaciones con la justicia social y posibilitan involucrar marcos como el de Amartya Sen entre otros autores, a partir de los cuales se señala que:

“Para hablar de acceso equitativo a la salud, así como a otros bienes y servicios cuyo consumo tiene efectos sobre la salud, es imperioso el cumplimiento de otra serie de derechos inherentes a cada cultura, que marcan la diferencia, con implicaciones en la definición operativa de los sistemas de salud, entendiéndolo que el acceso por sí solo no garantiza la equidad en salud. Debe aplicarse el principio de universalización, que plantea la búsqueda “del bien de todos y cada uno, por igual”, más allá de la maximización de los recursos sanitarios en programas sanitarios, es decir, no basta con otorgar “el mayor bien al mayor número de personas”, porque se pueden generar desigualdades e inequidades. En consecuencia, es necesario establecer políticas públicas para que los grupos más castigados socialmente puedan ser incluidos en la política social, lo cual solo se logra removiendo fuerzas sociales e históricas que los ponen en desventaja”⁵⁷¹.

⁵⁷¹Op. cit. FRANCO-GIRALDO A. Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2014; 32 (1): p. 36-37

**Nótese que este párrafo ha sido utilizado por el autor en diferentes revistas especializadas, tal como: Revista Gerencia y Políticas de Salud, *Print version* ISSN 1657-7027.

Teniendo en cuenta la vinculación que existe entre el Estado Social de Derecho y la Economía Política en relación con los enfoques para el abordaje de la salud, es relevante señalar que la salud debe ser considerada como un derecho fundamental y en esa perspectiva, el país debe acoger desde un enfoque integral la construcción de un modelo de salud que responda a las condiciones socioeconómicas, geográficas, políticas, culturales y de salud de la población colombiana, con el fin de superar las iniquidades y exclusiones que se han presentado como resultado de la forma en que se concibió y se ha desarrollado el sistema de aseguramiento en salud a partir de la Ley 100 de 1993.

Por lo anterior, es necesario plantear un nuevo modelo de salud, que responda a la garantía del derecho fundamental a la salud, en concordancia con los principios del Estado Social de Derecho. Para el abordaje del mismo, se considera que se debe partir de una visión heterodoxa, con un enfoque holístico de política social de salud. La salud debe ser considerada, tratada y desarrollada como una política pública de Estado y no de gobierno, lo que significa que el Estado debe garantizar el Derecho Fundamental a la Salud en las mejores condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad para lo cual, debe contar con un soporte financiero suficiente y establecer adecuados esquemas para la regulación, la vigilancia y el control frente a los diferentes agentes que participan del mismo.

La Política Social en un Estado Social de Derecho deberá velar para que todas las personas, no únicamente la población en condiciones adversas, sean tratadas de igual forma, aunque contribuyan financieramente de forma distinta acorde con sus capacidades. El Estado deberá cumplir un papel de recaudador y redistribuidor con el fin de contar con los recursos necesarios para cubrir el gasto social con la máxima eficacia y eficiencia posible. “La moderna Política Social no debe ser confundida con las antiguas Leyes de Pobres, diseñadas especialmente para atender a ciertos

individuos (los pobres).”⁵⁷² Lo cual no significa reconocer que existen individuos y grupos sociales que necesitan más que otros.

Las Políticas Sociales deben tender a ser inclusivas y garantizar la satisfacción de necesidades de los más amplios sectores poblacionales. “Su estilo es el Universalismo y su instrumento esencial es el gasto público social, a través del cual se ejerce una acción redistributiva de la riqueza sobre la base de la equidad y la justicia social.”⁵⁷³

Es importante precisar que bajo este enfoque las Políticas Sociales deben responder, bajo una visión macroeconómica al modelo de régimen político y al modelo económico y social del país. Colombia debe ser coherente con lo señalado en su Constitución en lo relacionado con los derechos fundamentales y a partir de ahí, construir los procesos sociales, jurídicos, políticos y económicos tendientes a construir una sociedad que supere el conflicto armado; definiendo el nivel de satisfacción y equidad al que se aspira para de esta forma cumplir con los fines sociales del Estado. De esta forma, se puede generar un abordaje integral de la Seguridad Social a partir de “la resolución de la cuestión social”; la cual permite en momentos de crisis que el Estado entre a resolver los desequilibrios y pueda lograr una relativa estabilidad.

Para un reordenamiento del Sistema de Salud, el sistema debe propender por disminuir las brechas de iniquidad superando las exclusiones de acuerdo con un modelo de carácter universal en un Estado Social de Derecho, en el cual primen los intereses colectivos y no la racionalidad económica del mercado. El Aseguramiento debe estar a cargo del Estado, quien debe tener la capacidad de administrar

⁵⁷²Ibíd., p. 37.

⁵⁷³VALDEZ PAZ, Juan y ESPINA, Mayra, América Latina y el Caribe: La política social en el nuevo contexto. Enfoques y experiencias, Montevideo, Uruguay, UNESCO- FLACSO, 2011, p. 37.

adecuadamente los recursos públicos con transparencia, evitando la corrupción y toda forma de cooptación y clientelismo. Con lo anterior se disminuyen todos los costos de transacción que se dan en el modelo de aseguramiento del actual sistema. En consecuencia, se deben dar cambios en el Estado para garantizar los fines sociales del mismo.

No se puede desconocer el papel de las instituciones privadas en salud, pero éstas deben responder no a temas de aseguramiento, pero sí de prestación y proveedor de los insumos y las tecnologías necesarias, para la prestación de servicios con la calidad esperada dentro del sistema. Lo anterior regulado, vigilado y controlado por el Estado y una sociedad civil que propende por un Sistema de Salud que parte de una carta de derechos que no discrimina ni excluye.

El objetivo del sistema no debe ser otro que el de tener una población saludable, bien nutrida y educada, entre otros aspectos, lo cual representa el mayor logro para un país; en esta óptica, el enfoque de derechos puede ser una de las salidas a la crisis estructural que presenta el Sistema de Salud en Colombia. El modelo de atención en salud debe ser universal y no de carácter individual, ser preventivo y estar controlado por el Estado, que como intermediario en la prestación de los servicios debe buscar el costo- efectividad y no el costo-beneficio.

En concordancia con el contenido del párrafo anterior, es importante apostar por un modelo en el que se tengan en cuenta las formulaciones sobre política pública de la Organización Panamericana de la Salud; merece especial atención, por ejemplo, la estrategia de un enfoque basado en la Atención Primaria, como se aprecia en las siguientes tablas.

Tabla 27. Valores básicos de un Sistema de Salud basado en la Atención Primaria

Valores	Definición
Derecho al nivel de salud más alto posible	Según lo enuncian las constituciones de muchos países, así como diversos tratados internacionales (incluida la Constitución de la Organización Mundial de la Salud), se refiere a los derechos de los ciudadanos y a las responsabilidades de los gobiernos y de otros actores legalmente definidos, y crea las condiciones jurídicas y legales para que los ciudadanos puedan reclamar cuando no se cumplen sus derechos.
Equidad	Se refiere a las diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en los sistemas de servicios sociales y de salud.
Solidaridad	Es el grado en el que la gente de una sociedad se compromete a trabajar junta por el bien común para definir y alcanzar una meta. En los gobiernos locales y nacionales este valor se manifiesta en la formación de uniones de trabajo voluntario, y en otras formas de participación en la vida cívica.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas, Washington DC, OPS, 2007.

Tabla 28. Principios básicos de un Sistema de Salud basado en la Atención Primaria

Principios	Definición
Responder a las necesidades de salud de la población	Significa que los sistemas de salud deben centrarse en las personas de modo tal que puedan satisfacer sus necesidades de la forma más amplia posible. Esto implica que la APS debe atender las necesidades de salud de la población basándose en las evidencias disponibles, al tiempo que promueve el respeto por las preferencias y necesidades de las personas sin considerar su estado socioeconómico, cultural, racial, étnico, de género u otros factores.
Orientación hacia la calidad	Los servicios, además de responder a las necesidades de la población, deben anticiparlas y tratar a todas las personas con dignidad y respeto, al tiempo que aseguran el mejor tratamiento posible de sus problemas de salud. Ello requiere dotar a los profesionales de salud con conocimientos clínicos fundamentados en la evidencia y con los instrumentos necesarios para su actualización continua, así como contar con procedimientos adecuados para evaluar la eficiencia, efectividad y seguridad de las intervenciones preventivas y curativas, asignar los recursos de manera acertada, y disponer de un sistema de incentivos apropiado.
Responsabilidad y Rendición de Cuentas de los Gobiernos	Este principio asegura que el gobierno cumpla o sea obligado a cumplir con los derechos sociales, y que los ciudadanos sean protegidos de todo menoscabo de sus derechos. Su realización requiere el desarrollo de políticas y de procedimientos reguladores y legales específicos que permitan a los ciudadanos hacer exigibles sus derechos si no se reúnen las condiciones apropiadas de su aplicación. Este principio debe aplicarse a todas las funciones de los sistemas de salud sin consideración del tipo de proveedor (ya sea público, privado o sin ánimo de lucro). Requiere el seguimiento y mejoramiento continuo del desempeño del sistema de salud, lo que debe hacerse de manera transparente y sujeta al control social.
Justicia Social	Las acciones del gobierno deben evaluarse según el grado en que aseguren el bienestar de todos los ciudadanos, particularmente de los grupos más vulnerables.
Sostenibilidad	Requiere el uso de la planeación estratégica y la generación de compromisos duraderos. Las inversiones deben ser suficientes para satisfacer las necesidades actuales de salud de la población, al tiempo que se planifica la satisfacción de los desafíos de la salud del mañana.
Participación	Hace que las personas se involucren en la toma de decisiones sobre la asignación de recursos, en la definición de prioridades y en los procesos que faciliten la rendición de cuentas. La gente debe ser capaz de tomar decisiones en forma libre e informada con miras al mejoramiento de su salud y la de su familia. La participación social en salud es una de las facetas de la participación cívica general que permite que el sistema de salud refleje los valores sociales, y es un medio para el control social de las acciones públicas y privadas que afectan a la sociedad.
Intersectorialidad	Significa que el sector salud debe trabajar a la par de otros sectores y actores para asegurar el alineamiento con las políticas públicas y los programas, procurando maximizar su contribución potencial a la salud y el desarrollo humano.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas, Washington DC, OPS, 2007.

El reordenamiento del Sistema de Salud, debe partir de lo establecido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, teniendo en cuenta que esta ley se establece para hacer efectivo los referentes constitucionales en materia de regulación y protección del Derecho Fundamental a la salud mediante el establecimiento de una serie de derechos y deberes relacionados con la prestación de los servicios de salud y considerando que merecen especial protección los niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, las personas con discapacidad y las personas que sufren de enfermedades huérfanas.

Se resalta que en esta normativa se toman en cuenta principios de la Constitución en materia de derechos, los de las Cartas de Derechos, así como algunos de los referidos en la Ley 100 como son: universalidad, *pro-homine*, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad del derecho, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad y protección a los pueblos indígenas y minorías.

También establece que la prestación de servicios deberá ser integral, es decir, de forma completa independiente del origen de la patología, enfermedad o condición de salud y se establece que el Estado en el ámbito nacional y en especial en zonas marginadas, es el responsable de respetar, proteger, y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Se propone la construcción del sistema basados en componentes de autonomía, vida saludable, participación, entre otros; siendo deber del Estado la prestación, administración y regulación del sistema sin intermediación ni fragmentación por niveles de atención; integrando los principios de universalidad; de igualdad y dignidad de las personas; y eliminando las barreras económicas,

financieras o sociales que puedan llegar a actuar como mecanismos de discriminación y exclusión.

De otra parte, se señala que el Gobierno Nacional deberá contar con una Política Pública en Salud que permita la articulación intersectorial, definir un sistema único de información, promover la divulgación de progresos científicos, así como diseñar una Política de Innovación, Ciencia y Tecnología en salud.

Se resalta que el Gobierno deberá establecer una Política Farmacéutica Nacional en la que se identifiquen las estrategias, prioridades, mecanismos de financiación, adquisición, almacenamiento, producción, compra y distribución de los insumos, tecnologías y medicamentos. El Gobierno establecerá los mecanismos de regulación de precios, los cuales se determinarán con base en referentes internacionales y adicionalmente intervendrá en los márgenes de distribución y comercialización de los fármacos.

Por último, se enfatiza en que los recursos públicos que financian la salud, son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente, ni deben estar afectados por la regla fiscal.

BIBLIOGRAFIA

DE REVISTA. [Material físico]

ÁLVAREZ CASTAÑO, Luz Stella. El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. Antioquia: Universidad de Antioquia, En: Revista Panamericana de la Salud Pública, 2005. p. 129-135.

BALDASSARRE Antonio. Los derechos sociales. Serie de teoría Jurídica y Filosofía del derecho No 20. En: Universidad Externado de Colombia, 2001. p.

CACIAGLI, Mario. Clientelismo, corrupción y criminalidad organizada. Madrid, 1996. En: Revista CENTRO DE ESTUDIOS CONSTITUCIONALES. Reseña realizada por Hernán Ibarra en Iconos. 1996.

CORREA HENAO, Magdalena Inés. Contra Una Reforma Constitucional. En: Revista Derecho de Estado No. 13. Colombia: Universidad Externado de Colombia, Diciembre de 2002. p. 49-58.

FRANCO GIRALDO, Álvaro. Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: sigue la pugna por la reforma en salud. En: Revista Alma Mater N° 641, Abril. Universidad de Antioquia, Medellín, 2015.

----- . Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. En: Revista Fac. Nac. Salud Pública 2014; 32 (1): p. 95-107.

----- . La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano. En: Revista Salud Pública No 14, 2012, p. 865-877.

----- . Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. En: Revista Gerencia y Políticas de Salud, Bogotá (Colombia), 11 (22), Enero-Junio, 2012: p. 28-42.

- GAÑAN, Jaime. De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia, En: Revista Monitor Estratégico 2013. Superintendencia de Salud de Colombia No 3 Enero-Junio de 2013 p. 7-19.
- GARCÍA MOLINA, Mario. CHICAÍZA BECERRA, Liliana Alejandra. Salud, Estado y mercado: el sistema colombiano actual visto desde la economía. En: Revista Col. Anest. Noviembre 2010 - Enero 2011. Vol. 38 - No. 4: p. 439-442.
- GONZÁLEZ SALAS, Edgar. La Política Pública De Salud y La Fallida Emergencia Social: ¿Hay Soluciones? En: CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. El Laberinto De La Seguridad Política. Colombia. En: Revista política Colombiana No. 4, Abril-Junio de 2010. p. 102-122.
- GUERRERO VINUEZA, Álvaro Pío. Sostenibilidad fiscal y principios en el Estado Social de Derecho En: Revista Criterio Jurídico, Santiago de Cali; V. 12, No. 1; 2012-1; p. 79-126.
- HERNÁNDEZ, Mario. La salud fragmentada en Colombia 1910-1946, En: Revista Gerencia y Políticas de Salud, Vol. 2, N° 4, Junio de 2003.
- LÓPEZ OLIVA, José O. La Última Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lejano de la eficiencia y camino a la privatización total. En: Revista Prolegómenos - Derechos y Valores; Bogotá, D.C. Colombia - Volumen XIII - No. 25 - Enero – Junio, 2010; p. 219 – 233.
- OBSERVATORIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL – GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD – GES. Evolución de la Seguridad Social en Salud en Colombia: avances, limitaciones y retos. Medellín, Diciembre de 2011. Año 10, N° 23: p. 24
- OCAMPO de HERRAN, Maria Cristina. Derechos Sociales y Políticas Públicas. Un estudio sobre el derecho a la salud. 2012. Doctorado en Sociología Jurídica. Universidad Externado de Colombia. Bogotá.

PÉREZ SALAZAR, Mauricio. Costos, Beneficios y Orden Constitucional. En: Revista de Economía Institucional n° 5. Colombia: Universidad Externado de Colombia, segundo semestre de 2001 p. 129-145.

----- . La libertad no es un lujo. En: Revista De Economía Institucional N°. 2, primer semestre del 2000 .p.

----- . Una aproximación a la Teoría Económica del Derecho Constitucional. En: Revista Derecho del Estado n° 20. Colombia: Universidad Externado de Colombia, Diciembre de 2007. p. 3-18.

RAMIREZ MORENO, Jaime. La Emergencia Social En Salud: De Las Contingencias Regulatorias A La Desilusión Ciudadana. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Pontificia Javeriana (ponencia) Sine facta. Consultado en: 12 de Abril de 2012. Tomado de la Página de La Asociación Colombiana de Economía de la Salud, ACOES.

RESTREPO, Jairo Humberto. ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122?. En: Revista ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2007; 25(1), Medellín: p. 82-89.

REVISTA GERENCIA Y POLITICAS DE SALUD () La Ley 1122 de 2007 ¿Qué podemos esperar de ella? En: Revista Universidad Javeriana. Colombia, Bogotá, D.C.: Colombia. V 6, Enero-Junio de 2007. Editorial.

RODRÍGUEZ SALAZAR, Oscar. Economía Institucional: Corriente Principal y Heterodoxia. En: Revista Economía Institucional. No. 4. Primer semestre 2001. Universidad Externado de Colombia. Bogotá Colombia. p. 52-77.

SARMIENTO ANZOLA, Libardo. Exclusión, conflicto y desarrollo societal. p.126. Colombia, Bogotá, D.C.: En: Revista Desde Abajo, 1999. consulta: 15 de Noviembre de 2011.

STAHL, Karin. Política social en América Latina. La privatización de la crisis. En: Revista Nueva Sociedad No. 131, Mayo-Junio de 1994. p. 48-71.

SUELT COCK, Vanessa. COTE BARCO, Gustavo. Análisis constitucional y legal del estado de emergencia social y los decretos que reforman el sistema de salud. En: Revista Gerencia y Políticas de Salud. Universidad Javeriana. Sup. 9 (18), Enero-Junio de 2010.

USECHE ALDANA, Bernardo. En Colombia es factible y necesario un modelo de salud sin Aseguramiento En: Revista DESLINDE; No 55 – Abril 2014, 14 p.

VÁSQUEZ VELÁSQUEZ Joanna, GÓMEZ PORTILLA, Karoll. El problema de selección adversa en el seguro de salud colombiano: Un estudio de caso para el Régimen Contributivo. En: Revista Gerencia y Políticas de Salud. Pontificia Universidad Javeriana. Publicación de los Programas de Postgrado en Administración de Salud y Seguridad Social. No 10. Sección Estudios e Investigaciones. 2006.

VILLEGAS, Mauricio. No solo de Mercado vive la Democracia. El fenómeno del (in) cumplimiento del derecho y su relación con el desarrollo, la justicia y la democracia. En: Revista Economía Institucional.; primer semestre, año 6, No. 10. U. Externado.2004. 41 p.

DOCTRINAS. [Material físico]

ABEL, Christopher. Ensayos de Historia de la Salud en Colombia 1920-1990. IEPRI-UN-CEREC. Colombia, Bogotá, D.C.: Grupo 87 Ltda., 1996.

AHUMADA, Consuelo. El modelo neoliberal y su impacto en la sociedad colombiana. Colombia, Bogotá, D.C.: El Áncora Editores, 1996.

ALEMAN BRACHO, Carmen. GARCÉS FERRER, Jorge, Política social. Madrid: McGraw Hill, 1997.

ALEXY, Robert. Teoría de los derechos fundamentales. Centro de estudios políticos y constitucionales. 2da edición en castellano. Madrid: Traducción y estudio introductorio de Carlos Bernal Pulido, 2007.

- ÁLVAREZ HERNÁNDEZ, Mario. Neoliberalismo en Salud: Desarrollos, Supuestos, alternativas. En: La Falacia Neoliberal: Crítica y alternativas. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia, Enero de 2003.
- ALVIS GUZMAN, Nelson. OROZCO, Julio. La protección del derecho a la salud en Colombia y la sentencia T-760 de 2008. En: Cuadernos del Doctorado La Sentencia T-760: Alcances y Limitaciones No 11, Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia, Marzo 2010.
- ANGARITA CAÑAS, Pablo Emilio. Seguridad democrática. Lo invisible de un régimen político y económico. Colombia, Bogotá, D.C.: Siglo del Hombre Editores, 2011.
- ARANGO RIVADENEIRA, Rodolfo. EL Derecho a la salud en la Jurisprudencia Constitucional. En: ESTRADA, Alexei Julio . Teoría Constitucional y Políticas Públicas. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Externado de Colombia, 2007.
- ARBELÁEZ RUDAS Mónica. Derecho a la salud en Colombia. El acceso a los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Colombia, Bogotá, D.C.: IDP-CINEP-Colciencias, 2006.
- ARCOS PALMA, Oscar. Pobreza y exclusión. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Santo Tomás, 2006.
- AREVALO DECSI, et alii. Contribuciones a de la Historiografía al estudio de la Protección Social en Colombia. Invitación a un diálogo Interdisciplinario. En: Crecimiento y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social. Colombia, Bogotá, D.C.: CID-UN, 2006.
- ARIAS RAMÍREZ Jaime; PAREDES CUBILLOS, N. SANTOS, A.C. DUARTE, J. Dos décadas del Sistema de Seguridad Social en Salud: Desarrollo, Crisis y Soluciones. Ángela Hernández Toledo (Edit.). Colombia, Bogotá, D.C.: ACEMI, 2012.

ATTINÁ, Fulvio. El sistema político global. Introducción a las relaciones internacionales. Buenos Aires: Paidós, 2001.

AVELLADENA Silva, Joan. ANDIA Oscar. Eds. Perlas de la Corrupción. Entre otros temas: La Salud En Colombia Un Agujero Negro. P. 101-148; Desregulación Y Crisis Financiera E Informática Del Sistema De Salud. P.197-236. Colombia: Nomos, 2013.

AYALA ESPINO, José Luis. Límites del mercado, Límites del Estado. Ensayos sobre economía política del Estado. Buenos Aires: Instituto Nacional de Administración Pública, INAP, sine facta.

AYALA GARCÍA, Jhorland. Contexto Histórico y evolución del SGP en Colombia. Banco de la República de Colombia, Serie Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional, No 205, Julio, 2014, p. 10-15.

----- . La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso, Banco de la República de Colombia, Serie Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional, No 204, Julio, 2014.

BARÓN LEGUIZAMÓN, Gilberto. Cuentas de la Salud en Colombia 1993-2003: el gasto nacional en Salud y su financiamiento. Colombia, Bogotá, D.C.: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS, del Ministerio de la Protección Social – MPS; reimpresión de Mayo de 2008.

BARRERA, Elsy Luz. “Reflexiones para una investigación en perspectiva institucional sobre el Sistema de Salud en Colombia 1994-2010”. 2011. (Pendiente publicación UN)

-----; BEDOYA LIMA, Jenny; RODRIGUEZ HERNÁNDEZ, Jairo. Creando las Bases Conceptuales para un Análisis Institucional de los Ministerios en Colombia. Colombia, Bogotá, D.C.: Facultad de Investigaciones, Escuela Superior de Administración Pública ESAP, Agosto de 2007.

-----; BEDOYA LIMA, Jenny; RODRIGUEZ HERNÁNDEZ, Jairo. Las reformas administrativas de los ministerios del interior, educación y salud 1991-1998: Un

análisis institucional. Colombia, Bogotá, D.C.: Facultad de Investigaciones, Escuela Superior de Administración Pública ESAP, Noviembre de 2008. I.

BAZZANI, Roberto; et alii. “Nuevos Horizontes para la producción de conocimiento y las políticas en protección a la salud”. En: Protección Social en Salud en América Latina y el Caribe. Colombia, Bogotá, D.C.: Pontificia Universidad Javeriana, 2011

BEAUD, Michel. L’Art de la Thèse: Comment préparer et rédiger une thèse de doctorat, un mémoire de DEA ou de maîtrise ou autre travail universitaire. Paris: La Découverte, 2003.

BERNAL PULIDO, Carlos. El derecho de los derechos. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Externado de Colombia, 2008.

BLANCO ALVAREZ, Germán A y Maya Maya, Néstor Raúl. eds. Tutela y seguridad Social: La judicialización de la salud en Colombia. Medellín – Colombia: 1ra Ed. 2000.

BLOOM, Gerald H. Administración del desarrollo del sector salud: Los mercados y la reforma institucional. En: COLCLOUGH, Cristopher. ¿Estado o mercados? El neoliberalismo y el debate sobre las políticas de desarrollo. MANOR, James. Compiladores; Fondo Cultura Económico. México. 1 Edición (ed), idioma Ingles 1991. 1 ed, idioma español, 1994.

BONILLA, Edna; GONZÁLEZ, Jorge Iván. La privatización concentradora en la salud. El gasto en salud. Colección Estudios sobre protección social. CID-UN- Alcaldía Mayor de Bogotá. Tomo 2, 2006. ISBN 958-701-727-7.

BOTERO URIBE, Darío. Teoría Social del Derecho. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia, cuarta edición, Agosto de 2005.

BOURDIEU, Pierre, La Nobleza del Estado, educación de elite y espíritu de cuerpo: Poder de estado y poder sobre el estado. 1ra ed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2013.p. 557-538.

----- y GUNTHER, Teubner. La fuerza del Derecho. Colombia: Universidad de los Andes. Siglo de hombres Editores, 2000.

BOYER, Robert. La Teoría de la Regulación. Un análisis crítico. Valencia; Edicions Alfons el Magnànim – IVEI. ISBN 84-7822-068-2. 1992.

CALVO GARCÍA Manuel. Transformaciones del Estado y del Derecho. Material de clase. Doctorado de Derecho. Universidad Externado de Colombia. 2005

CAÑÓN ORTEGÓN, Leonardo. Una visión integral de la seguridad social. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Externado de Colombia, segunda edición actualizada; 2007. ISBN 958-710-211-6

CARDENAS, Mauricio. Introducción a la Economía Colombiana. Bogotá: Alfaomega Colombiana - FEDESARROLLO, enero de 2007. p. 446.

CARRASQUILLA, José Gabriel. Las políticas de salud en el salto social. p. 78-91. En: LORA, Eduardo; LANZETTA, Cristina. El Salto social en discusión: políticas sociales 1994-1998. Colombia: Tercer Mundo Editores - FEDESARROLLO, Julio de 1995.

CASTAÑO, Ramón A. Procesos Imparciales, Legitimidad y Consensos frente a los límites al Derecho a la Salud. Colombia, Bogotá, D.C.: Observación Inédita, Enero 21 de 2009.

CLAVIJO, Sergio, Descifrando la nueva corte Constitucional: Una evaluación del periodo del período 2001-2003. Colombia: Alfaomega Colombiana S.A, 2004.

CORREA HENAO, Magdalena Inés. La limitación de los derechos fundamentales. Colombia: Universidad Externado de Colombia, 2003.

----- . Libertad de empresa en el Estado Social de Derecho. Colombia: Universidad Externado de Colombia, 2008.

CORREDOR MARTINEZ, Consuelo. La Perspectiva De Los Derechos Como Referente De La Política Social: Un Legado De Los Años Ochenta y Noventa. En: Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Un Compromiso con los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas - PNUD, 2010.

CORTINA, Adela. Ciudadanos del mundo: Hacia una teoría de la ciudadanía. Sine loco: Alianza, Sine Facta.

CUEVAS, Homero, Proceso Político y Bienestar Social. Colombia: Universidad del Externado de Colombia, Facultad de Economía, 1998. ISBN 958-616-357-1.

DAVILA LADRÓN DE GUEVARA, Andrés y DELGADO, Natalia y otros. Degradación o cambio. Evolución del sistema político colombiano. Bogotá. IEPRI- Grupo Norma. 2002.

DE LA TORRE, Cristina. El Estado Social y su Mundo. En: VELA ORBEGOZO, Bernardo. Dilemas de la Política. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Externado de Colombia, Agosto de 2007.

DÍAZ, Álvaro. La Argumentación Escrita. Medellín: Universidad de Antioquia, Septiembre de 2002.

DÍAZ, Cristina; CORREA, Leonardo. Derechos Humanos y Ciudad. Colombia, Bogotá, D.C.: Aldia Consultores, 2009.

ESCALANTE, Fernando. Clientelismo y ciudadanía en México. Apuntes sobre la conceptualización de las formas de acción política. En: GARCIA SANCHEZ, Miguel. *Ibíd.* ¿Ciudadanía Avergonzada? Democracia local y la construcción del ciudadano en Bogotá. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia – Universidad de los Andes, 2003.

- ESTRADA ÁLVAREZ, Jairo. Construcción del modelo neoliberal en Colombia 1970 – 2004. Origen e Itinerario. Análisis desde la economía política, implementación política. Colombia. Aurora. Mayo de 2004.
- FERRAJOLI, Luigi. Derechos Fundamentales. En: DE CABO, Antonio y Pisarello, Gerardo (Ed) Los fundamentos de los derechos fundamentales. Trotta S.A., Madrid, 2001
- . Poderes salvajes. La crisis de la democracia italiana, Roma, Ed. Laterza, 2011.
- FITOUSSI, Jean-Jean. La Democracia y el Mercado. Barcelona, Buenos Aires, México: Traducido por Rafael del Hierro. Paidós, 2004.
- FOSTER, James; SEN, Amartya. Trabajo, Necesidades y Desigualdad: La Desigualdad Económica Después De Un Cuarto De Siglo. En: SEN. Amartya. La Desigualdad Económica. México: FCE, primera edición en español, 2001.
- FRANCO GIRALDO, Álvaro. Salud global: Política Pública, Derechos Sociales y Globalidad. Medellín: Universidad de Antioquia, Julio de 2010.
- GARAY SALAMANCA, Luis Jorge. La captura y reconfiguración cooptada del Estado en Colombia. Colombia, Bogotá, D.C.: Grupo Método, Fundación AVINA, Transparencia por Colombia; Septiembre de 2008.
- . La inclusión social y la construcción del Estado Social de Derecho. Pontificia Universidad Javeriana. 2002
- . Repensar a Colombia. Hacia un nuevo contrato social. ACCI, PNUD. Bogotá Tercer Mundo, 2003.
- . SALCEDO-ALBARÁN, Eduardo. Narcotráfico, corrupción y Estados. Colombia, Bogotá, D.C.: Nomos Impresores, 2012.

-----; ANGULO, Alfredo. Construcción de una Nueva Sociedad. Santa Fe de Bogotá. Tercer Mundo Editores, 1999.

-----. Luces, sombras y paradojas de la construcción del estado social de derecho: hacia una representación de la observancia de los derechos y de las contradicciones del estado social de derecho en Colombia. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Un compromiso con los derechos económicos, sociales y culturales, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2010

GARCÍA SÁNCHEZ, Miguel. ¿Ciudadanía Avergonzada? Democracia local y la construcción del ciudadano en Bogotá. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia – Universidad de los Andes, 2003.

GARCÍA VILLEGAS, Mauricio; REVELO, Javier. Estado Alterado: Clientelismo, Mafias y Debilidad Institucional en Colombia. Colombia, Bogotá, D.C.: Antropos, 1ra ed., Dejusticia, 2010.

-----; REVELO, Javier. Mayorías Sin Democracia.: Desequilibrio de poderes y estado de derecho en Colombia, 2002-2009. Colombia, Bogotá, D.C.: Antropos, 1ra ed., Dejusticia, 2004.

-----; RODRÍGUEZ, César. La Acción de Tutela. En: SANTOS, Boaventura de Sousa; GARCÍA VILLEGAS; Mauricio. El Caleidoscopio de las Justicias en Colombia. Colombia, Bogotá, D.C.: Colciencias – Universidad Nacional De Colombia – Universidad De Coimbra – Universidad De Los Andes – Siglo Del Hombre Editores, 2004.

GIRALDO César. “La protección social en Colombia”. En Crecimiento, equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social. Colección Estudios sobre protección social. CID-UN-Alcaldía Mayor de Bogotá. Tomo 2. 2006.

-----. ¿Protección o Desprotección Social?: Bogotá, D.C-Colombia. Desde Abajo, .2007.

----- . “Neoliberalismo: Negación de lo público” En: La Falacia Neoliberal: Crítica y alternativas. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia, Enero de 2003.

----- . Finanzas públicas en América Latina: La economía Política. Colombia, Bogotá, D.C.: Ediciones Desde Abajo, 2001.

----- . Política Social contemporánea en América Latina: Entre el asistencialismo y el Mercado. Bogotá, D.C: Colombia. Desde Abajo, 2013.

GIUGALE, Marcelo M. Colombia: Fundamentos Económicos de la Paz. Colombia, Bogotá, D.C.: Alfaomega, Julio de 2003.

GONZÁLEZ BONILLA, Jorge Iván. “Repensando la seguridad social desde un horizonte amplio”. En Sistemas de protección social: entre la vulnerabilidad económica y la vulnerabilidad social. CID-UN. Bogotá D.C., Colombia. Tomo 1. 2005.

----- . Ética, Economía y Políticas Sociales. Medellín: Corporación Región, Serie Pensamientos, Abril de 2006.

GONZÁLEZ BONILLA, Jorge Iván.

GONZÁLEZ DE DURANA, Ana Arriba. El concepto de exclusión en política social. España: Unidad de políticas comparadas, Enero de 2002.

GONZÁLEZ POSSO, Camilo; et alii. Universalidad de la Salud: otro reto de fin de siglo. Colombia, Bogotá, D.C.: Corporación Salud y Desarrollo, 1994.

GUTIERREZ SANIN, Francisco.” La ciudad representada”. En: SANCHEZ, Miguel ob. cit. p. 37. En: GARCIA SANCHEZ, Miguel. Ibíd. ¿Ciudadanía Avergonzada? Democracia local y la construcción del ciudadano en Bogotá. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia – Universidad de los Andes, 2003.

HAGGARD, Stephan y KAUFMAN, Robert, Varios autores. La política de ajuste económico. Las restricciones internacionales, los conflictos distributivos y el Estado. Bogotá D.C., Colombia. CEREC, 1994.

HAYEK, Frieftich A. Principios de un orden social liberal. Sine Loco: Unión, 2001.

HERNÁNDEZ BELLO, Amparo; LÓPEZ MONTAÑO, Cecilia; ASPRILLA COLORADO, Raúl; et Aliii. Voces críticas de la academia sobre la Emergencia Social en Salud. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia, Serie Cuadernos del Doctorado N° 13; Julio de 2010.

HERNÁNDEZ, Diego. La universalidad como fundamento para el diseño de la política social. Colección Estudios sobre protección social. CID-UN - Bogotá D.C., Alcaldía Mayor de Bogotá. Tomo 2, 2006.

HOLGUÍN, Germán. El Tratado de Libre Comercio. Jaque a la salud pública. En: BORRERO GARCÍA, Camilo & PAREDES HERNÁNDEZ, Natalia (Ed) Deshacer El Embrujo. Alternativas a las políticas del gobierno de Álvaro Uribe Vélez. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo; Colombia, Bogotá, D.C.: 2006.

HOLGUÍN, Germán. La guerra contra los medicamentos genéricos. Un crimen silencioso. Aguilar, primera edición, Colombia, Bogotá, D.C.: Agosto, 2014.

JARAMILLO, Iván. El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993 cinco años después. Bogotá D.C., FESCOL, FES, FRB, Fundación Corona. Cuarta Edición, 1999.

------. Hacia una Cobertura Universal en Salud sin Intermediación. En: CÁRDENAS, Miguel; BONILLA, Ricardo (Coordinadores). Políticas Públicas para Colombia: Empleo, Educación, Política Agraria, Salud, Régimen Político, Distribución del Ingreso, Economía Publica, Regionalización. Colombia, Bogotá, D.C.: Fondo CEREC – FESCOL, Julio de 2006.

-----. La Superintendencia Nacional de Salud, La Descentralización y La Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia. CLAD. 2005.

LAUTIER, Bruno. Una protección social mutualista y universal: condición para la eficacia de la lucha contra la pobreza. En: Sistemas de protección social: entre la vulnerabilidad económica y la vulnerabilidad social. CID-UN. Tomo 1. 2005.

LEAL BUITRAGO, Francisco. El Estado colombiano: ¿crisis de modernización o modernización incompleta?, En MELO, Jorge Orlando (ed.). Colombia hoy, Colombia, Bogotá, D.C.: Banco de la República, 2001.

LO VUOLO Rubén M. La protección social en América Latina: los límites de la revisión ortodoxa y las propuestas alternativas. Colección Estudios sobre protección social. Colombia, Bogotá, D.C.: CID-UN-Alcaldía Mayor de Bogotá. Tomo 2. Agosto de 2006 ISBN 958-701-727-7.

LONDOÑO, Beatriz. La Política de Salud en el Plan de Desarrollo. p. 92-114. En: LORA, Eduardo; LANZETTA, Cristina. El Salto social en discusión: políticas sociales 1994-1998. Colombia: Tercer Mundo Editores - FEDESARROLLO, Julio de 1995.

LÓPEZ HERNÁNDEZ, Claudia (ed.) - Corporación Nuevo Arco Iris. Y refundaron la patria... de cómo los mafiosos y políticos reconfiguraron el Estado Colombiano Bogotá. Colombia, Bogotá, D.C.: Debate, segunda reimpresión Septiembre 2010.

LÓPEZ MEDINA, Diego Eduardo. El Derecho de los Jueces: Obligatoriedad del Precedente Constitucional, Análisis de Sentencias y Líneas Jurisprudenciales y Teoría de Derecho Judicial. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad de los Andes, 2006.

MACE, Gordon; PÉTRY, François. Guide d'élaboration d'un Projet de Recherche en Sciences Sociales. Collection Méthodes en Sciences Humaines. Bruxelles: De Boeck Université, 2000.

MALAGÓN OVIEDO, Rafael; HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario; et aliii. La SENTENCIA T-760: Alcances y Limitaciones. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia, Serie Cuadernos Del Doctorado N° 11, marzo de 2010.

MARTÍNEZ, Félix León. ¿Subsidios o seguridad social? El no pago de la porción social del salario. Colección Estudios sobre protección social. Colombia, Bogotá, D.C.: ID-UN - Alcaldía Mayor de Bogotá. Tomo 2, 2006.

----- Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud. En: Equidad y salud: debates para la acción, Darío I. Restrepo (ed.), Colombia, Bogotá, D.C.: Secretaría Distrital de Salud y Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID de la Universidad Nacional de Colombia, 2007.

----- y GARCÍA, Andrea Paola. Equidad en el financiamiento de la salud. Financiación y asignación en el sistema de seguridad social en salud. Colombia, Bogotá, D.C.: FEDESALUD, Scripto S.A.S. 2012.

----- La crisis de la seguridad social en salud en Colombia. ¿Efectos inesperados del arreglo institucional?. Colombia, Bogotá, D.C.: FEDESALUD. Abril, 2013.

MEJIA QUINTANA, Oscar. La concepción Neoliberal de la justicia: Asunción y superación de una falacia En: La Falacia Neoliberal: Crítica y alternativas. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia, Enero de 2003.

MILLA, Antonio. Manual de Estilo de la Universidad Externado de Colombia. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Externado de Colombia, Junio de 2003.

MIRANDA, Néstor. La medicina colombiana de la regeneración a los años de la segunda guerra mundial. En Nueva Historia de Colombia, Tomo IV. Colombia, Bogotá, D.C.: Planeta, 1989.

MISAS ARANGO, Gabriel. La ruptura de los 90: del Gradualismo al Colapso. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Escuela de Economía. Antropos LTDA., 2002.

MOLINA MARÍN, Gloria [et al.] Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares. Medellín-Colombia: Pulso & Letra Editores, p.2014, 504.

-----; CABRERA ARANA, Gustavo Alonso. Políticas Públicas en Salud: Aproximación a un análisis. Medellín-Colombia: Universidad de Antioquia, Agosto de 2008.

NÚÑEZ, Jairo. ZAPATA, Juan Gonzalo (et. al.). La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano. Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro. Colombia, Bogotá, D.C.: La Imprenta Editores S.A., 2012.

NUSSBAUM, Martha; SEN; Amartya. La calidad de vida. México: Fondo de Cultura Económica, 1993.

ORJUELA ESCOBAR, Luis Javier. La sociedad colombiana en los años noventa: Fragmentación, legitimidad y eficiencia. Colombia, Bogotá, D.C.: UNIANDES-CESO. 2005.

OSUNA PATIÑO, Néstor. Apuntes sobre el concepto de derechos fundamentales Temas de derecho público. Universidad Externado de Colombia. Instituto de estudios constitucionales Carlos Restrepo Piedrahita No 37, Colombia, Bogotá, D.C.: 1997.

----- . Tutela y Amparo: Derechos Protegidos. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Externado de Colombia, 1999.

PATIÑO DÍAZ, Gustavo. Escritura y Universidad: Guía para el trabajo académico. Bogotá: Universidad del Rosario; Centro de Enseñanza y Aprendizaje (CEA).2013

PELÁEZ GUTIÉRREZ, Juan Carlos. Metodología de la investigación científica, de la descripción a la demostración: La disertación jurídica. Colombia, Bogotá,

D.C.: D.C.: Universidad Externado de Colombia, seminario Doctorado en Derecho; Mayo 28 de 2008.

PINTO, Diana y MUÑOZ, Ana Lucía. Colombia: Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estrategia del BID 2011–2014. Colombia, Bogotá, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, División de Protección Social y Salud. Notas Técnicas # IDB-TN-246: Junio 2014.

POMBO, Manuel Antonio. Constitución Política de Colombia de 1886. En Constituciones de Colombia, t. IV y V. Colombia, Bogotá, D.C.: Biblioteca Banco Popular, 1986. En: COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. La salud en Colombia: Diez años de información (1983-1993). 1994.

QUINTERO MOSQUERA, Diana Patricia. La salud como derecho: Estudio comparado sobre grupos vulnerables. Colombia, Bogotá, D.C.: Siglo del hombre Editores, 2011.

RAMELLI, Alejandro; NÚÑEZ, Roberto. Disertación Política y Comentario Jurisprudencial en Derecho Público. Universidad Externado de Colombia. Sine Facta, 2006. (Material entregado en el doctorado por los autores, cuarta promoción).

RAMIREZ CLEVES, Gonzalo Andrés. Límites de la Reforma Constitucional en Colombia: El concepto de Constitución como fundamento de restricción. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Externado de Colombia, Junio de 2005.

RAMIREZ MORENO, Jaime. Derechos de propiedad y desigualdades sociales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia 1993-2003. Colección Estudios sobre protección social. Colombia, Bogotá, D.C.: CID-UN-Alcaldía Mayor de Bogotá. Tomo 2.

------. El Régimen Contributivo: Integración institucional y segmentación de poblaciones. En RODRÍGUEZ SALAZAR, Oscar. Editor ¿Hacia una reforma del Sistema de Seguridad Social: salud, pensiones y riesgos profesionales? Tomo III, Colombia: Universidad Nacional de Colombia –CID, colección La

seguridad social en la encrucijada Tomo 3; Secretaría de Salud; UNIBIBLOS. 2002

RAMÍREZ, Juan Carlos; GRANADOS; María del Pilar. Salud y seguridad social. p. 65-77. En: LORA, Eduardo; LANZETTA, Cristina. El Salto social en discusión: políticas sociales 1994 - 1998. Colombia: Tercer Mundo Editores - FEDESARROLLO, Julio de 1995.

RESTREPO BOTERO, Darío Indalecio. De la falacia neoliberal a la nueva política. En: La Falacia Neoliberal: Crítica y alternativas. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia, Enero de 2003.

----- . Equidad y Salud. Debates para la acción. Colombia: Universidad Nacional de Colombia – CID, colección La seguridad social en la encrucijada Tomo 4; Secretaría Distrital de Salud; Diciembre de 2007.

ROBALLO LOZANO, Julio. Reestructuración del Estado: ¿En la vía del Estado Social de Derecho? Colombia, Bogotá, D.C.: Escuela Superior de Administración Pública – ESAP, Agosto de 1999.

RODRÍGUEZ GARAVITO, César. La judicialización de la salud: síntomas, diagnóstico y prescripciones. En: BERNAL, O. Gutiérrez, C. (Comp.) La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad de los Andes, Escuela de Gobierno, Ediciones Uniandes, 2012.

----- . RODRIGUEZ, Diana. Cortes y Cambio Social: Cómo la Corte Constitucional Transformo el desplazamiento forzado en Colombia. Colombia, Bogotá, D.C.: Dejusticia, Prov: 257, 2010.

RODRÍGUEZ SALAZAR, Oscar y otros: ¿Ha mejorado el acceso a la salud? Evaluación de los procesos del Régimen Subsidiado. Tomo I, Bogotá, D.C., Colombia: Universidad Nacional de Colombia – CID, colección La seguridad social en la encrucijada; Observatorio de Protección Social, 2002.

- . Avatares de la reforma del sistema de Seguridad Social, Ley 100 de 1993. 2005. En *Sistemas de protección social: entre la vulnerabilidad económica y la vulnerabilidad social*. CID-UN. Tomo 1.
- . Editor ¿Hacia una reforma del Sistema de Seguridad Social: salud, pensiones y riesgos profesionales. Tomo III, Colombia: Universidad Nacional de Colombia –CID, colección *La seguridad social en la encrucijada* Tomo 3; Secretaría de Salud; UNIBIBLOS. 2002
- . Editor ¿Hacia una reforma del Sistema de Seguridad Social: salud, pensiones y riesgos profesionales? Tomo III, Colombia: Universidad Nacional de Colombia –CID, colección *La seguridad social en la encrucijada* Tomo 3; Bogotá, D.C., Colombia: Secretaría de Salud; UNIBIBLOS, 2002.
- . La reforma en salud: desde la perspectiva del liberalismo radical. En: *La Falacia Neoliberal: Crítica y alternativas*. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia, Enero de 2003.
- .; LE BONNIEC, Yves. Del patronato al aseguramiento en el sistema de protección social en Colombia. *Crecimiento equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social*. Tomo 2, Bogotá, D.C., Colombia: CID-UN-Alcaldía Mayor de Bogotá. Tomo 2, 2006.
- . Los avatares del servicio de salud para pobres. Colombia, Tomo II. Bogotá, D.C., Colombia: Universidad Nacional de Colombia –CID, colección *La seguridad social en la encrucijada*; Observatorio de Protección Social, 2002.
- RODRÍGUEZ, Jorge Armando. *Vigilar y castigar: consideraciones sobre el papel de la Superintendencia de Salud colombiana*. Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) N° 10; Universidad Nacional de Colombia – Facultad de Ciencias Económicas; Colombia, Bogotá, D.C.: marzo, 2012.
- ROMERO VIDAL, Mauricio (editor). *La Economía de los Paramilitares. Redes de corrupción, negocios y política*. Colombia: Corporación Nuevo Arcoiris, Debate; Mayo de 2011. ISBN 978-958-8613-32-1

RUIZ GOMEZ, Fernando y UPRIMMY YEPES Miguel, Sistema de Salud y aseguramiento social. Entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio. Bogotá D.C., ECOE Ediciones, 2012.

SÁNCHEZ R, Joel D. El Estado y la Administración Pública. Editado por la ESAP, 1985. Contenido En: COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. La Salud en Colombia: Diez Años de Información (1983-1993), 1994

SANTAMARÍA, Mauricio (Ed.) Efectos de la Ley 100 en Salud. Propuestas de Reforma. Fedesarrollo - La Imprenta Editores S.A., Bogotá, D.C., 2011.

SARMIENTO ANZOLA, Libardo. Exclusión, conflicto y desarrollo societal. Colombia, Bogotá, D.C.: Ed. Desde Abajo, 1999.

SARMIENTO ANZOLA, Libardo. El Desarrollo Social en la antigua y nueva Constitución. p. 38-54. En: REVISTA FORO. Constitución de 1991: Nuevo País. Colombia, Bogotá, D.C.: Ediciones Foro Nacional por Colombia, edición No. 16; Diciembre de 1991.

SCHRÖDER, Peter. Nueva Gestión Pública: Aportes para el buen gobierno. Fundación Friedrich Naumann, México DF, s.f.

SEN, Amartya. 1999. Sobre ética y economía. Alianza. Madrid.

-----, La Desigualdad Económica. Edición ampliada con un anexo fundamental de James E. Foster y Amartya Sen. Fondo de Cultura Económica. México. Primera edición en inglés, 1997.

-----, Desarrollo y Libertad. Colombia, Bogotá, D.C.: Planeta, Mayo de 2000.

STIGLITZ, Joseph. Economía del Sector Público. Barcelona: Antoni Borsch (editor), Diciembre de 1995.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA Informe De Avance Del Cálculo De La Unidad De Pago Por Capitalización. Colombia, Bogotá, D.C.: Facultad De Ciencias Económicas – Facultad De Medicina-Unidad Administrativa Especial Comisión De Regulación En Salud (CRES), Diciembre de 2010.

UPEGUI MEJÍA, Juan Carlos. Doce tesis en torno al concepto de Estado Social de Derecho: discurso jurisprudencial, elementos, usos, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2009.

UPRIMNY YEPES, Rodrigo. Constitución de 1991, Estado Social y Derechos Humanos: Promesas incumplidas, diagnósticos y perspectivas. En: Seminario de evaluación, Diez años de la constitución Colombiana. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Nacional, Junio de 2001

-----, Estado de derecho y sentencias judiciales. Seguridad jurídica y Garantismo. Colombia, Bogotá, D.C.: Instituto Latinoamericano de Servicios Legales, 2008.

-----; ARAMILLO, Juan; BOTERO, Catalina, HERREÑO Libardo. Estado de Derecho y Sentencias Judiciales. Seguridad Jurídica y Garantismo. ILSA. 2007.

VALDEZ PAZ, Juan y ESPINA, Mayra, América Latina y el Caribe: La política social en el nuevo contexto. Enfoques y experiencias, Montevideo, Uruguay, UNESCO- FLACSO, 2011.

VELA ORBEGOZO, Bernardo. Cap. Introdutorio: El Ombudsman, una reflexión sobre lo público, la democracia y el interés general en los complejos y cambiantes contextos de la sociedad contemporánea. Documento consultado en 2014. p 1- 50[En proceso Editorial].2014

-----, Contribución al debate sobre la formación del Estado colombiano en el siglo XIX. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Externado de Colombia, 2010.

-----, Política y Epistemología: aproximación a un auténtico espíritu científico En: Dilemas de la Política. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Externado de Colombia, Agosto de 2007.

- VELANDIA NARANJO, Durfari. RESTREPO ZEA, Jairo. RODRÍGUEZ ACOSTA, Sandra. Organismos reguladores del sistema de salud colombiano: conformación, funcionamiento y responsabilidades CIE– Universidad de Antioquia, Medellín, Agosto, 2002.
- VELEZ RAMIREZ, Humberto. Economía neoinstitucional construcción-deconstrucción de instituciones y Ley 100 de 1993, En: RODRÍGUEZ SALAZAR, Los avatares del servicio de salud para pobres. Colombia, Tomo II. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia –CID, colección La seguridad social en la encrucijada; Observatorio de Protección Social; 2002.
- VÉLEZ, Marcela. Salud, Negocio e inequidad. Quince años de la Ley 100 en Colombia. Colombia, Bogotá, D.C.: Aurora, 2008.
- VIVAS GARCÍA Julián Augusto. La capacidad hospitalaria en Colombia. Aspectos de su historia en el siglo XX. En: Crecimiento, equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social. Colección Estudios sobre protección social. Colombia, Bogotá, D.C.: CID-UN-Alcaldía Mayor de Bogotá. Tomo 2. Agosto de 2006 ISBN 958-701-727-7. 2006
- VIVAS R., Jorge, et alii. El Sistema Nacional de Salud. Bogotá, Editado por Fedesarrollo y la Organización Panamericana de la Salud. 1988. p. 17. En: MINISTERIO DE SALUD. La Salud en Colombia. Diez años de información 1983-1993. 1994.
- WESTON, Anthony. Las claves de la Argumentación Escrita. Barcelona: Ariel S.A., octava edición, Febrero de 2003.
- YEPES, Francisco José, La salud en Colombia. Análisis socio-histórico. Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación. Colombia, Bogotá, D.C.: 1990.
- YOUNES JEREZ, Simón. Estado Social de Derecho: estructura, crítica y prospectiva. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Autónoma de Colombia, Abril de 2005.

ZAMBRANO RAMÍREZ, Mauricio. Aspectos Críticos en la Política de Salud. Contenido en: INSTITUTO DEL PENSAMIENTO LIBERAL ALFONSO LÓPEZ MICHELSEN. Documentos de Trabajo. Colombia: Edición 1, Volumen 1, Junio de 2009.

TRABAJOS DE GRADO

ÁLVARO RODRÍGUEZ, Miriam. El poder paramilitar en Colombia o de cómo los paramilitares llegaron a cooptar el estado colombiano (1980-2010). Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense De Madrid, Facultad De Geografía E Historia, 2013

DAVILA GUERRERO, Carmen Eugenia y RUEDA PRADA, Alfredo Luís. La Competencia en el Modelo de Aseguramiento en Salud en Colombia. Maestría en Gobierno y Políticas Públicas. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Externado de Colombia. Facultad de Finanzas, Gobierno y Relaciones Internacionales. 2013; 122 p.

ESTRADA MONTOYA, John Harold. Una Cuestión Poco Cono-Sida. Evaluación crítica del proyecto piloto de educación para la sexualidad y la construcción de ciudadanía. Tesis doctoral. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Salud Pública, 2009.

GARZÓN TRIANA, Laura María. Análisis de los tres principales objetivos estratégicos de la política de Seguridad Democrática: consolidación del Control estatal del territorio, Confianza inversionista y Cohesión social (2002-2010). Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario; 2011.

MENDIVELSO PINZÓN, Norberto Apolinar. Las órdenes de tutela frente a la falta de disponibilidad presupuestal de las entidades estatales: Análisis en perspectiva constitucional. Maestría en Derecho. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia; Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales. 2013: 83 p

OCAMPO DE HERRAN, María Cristina. Derechos Sociales y Políticas Públicas. Un estudio sobre el derecho a la salud. 2012. Doctorado en Sociología Jurídica. Universidad Externado de Colombia. Bogotá.

OROZCO AFRICANO, Julio Mario. Caracterización del Mercado del Aseguramiento en Salud para el Régimen Contributivo en Colombia. Cartagena-Colombia: Universidad de Cartagena, Agosto de 2006.

ORTIZ AMÉZQUITA, Emma Adriana y ROMERO ÁLVAREZ, Walter. Visión y Análisis de las Propuestas de Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, Vigencia 2012-2013, Colombia, Bogotá, D.C.: Colegio Mayor Nuestra Señora Del Rosario, Facultad de Administración, Maestría en Administración en Salud, 2013, 107 p.

QUINTERO MOSQUERA, Diana Patricia. La eficacia del derecho a la salud de los grupos vulnerables en Colombia a partir de la expedición de la ley 100 de 1993. Tesis Doctorado en Derecho. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Externado de Colombia. Facultad de Derecho, 2009.

ROMERO TOBÓN, Juan Fernando. Encrucijadas en materia de acceso a la salud. Una exploración del caso colombiano. Maestría en Derecho Constitucional. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Derecho, 2013: 157 págs.

ENTREVISTAS.

BARRERA, Elsy Luz. Entrevista a Burgos, Gerardo., Administrador Público. Secretario General del Ministerio de Salud y Protección Social. En: Registro escrito entrevista personal. Balance primer periodo de la administración presidencial de Santos sector Salud -2010-2014-. Colombia, Bogotá, D.C.: Ministerio de Protección Social, Marzo 2014.

-----. Entrevista a Carlos Hernán Caicedo, Candidato a Doctor, Magíster en Administración de la Universidad Nacional de Colombia, profesor de la Universidad Nacional, Director del Instituto de Estudios de Comunicación

IECO, entre otros. Disponibilidad en: Archivo de Audio Particular. Globalización y Farmacéuticos. Colombia, Bogotá, D.C.: Instituto de Estudios de Comunicación IECO, Consultado en: 12 de Mayo de 2011.

------. Entrevista a Gilberto Barón Leguizamón, Economista de la Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, con Maestría en Economía y Política Internacional del Centro de Investigación y Docencia Económica CIDE de México DC; con experiencia como profesor de la Universidad Javeriana, del Centro de Estudios en Salud CENDES y Consultor del Banco Interamericano de Desarrollo BID en el proyecto de institucionalización de las cuentas de la Salud de Colombia para el Ministerio de la Protección Social, entre otros. En: Registro escrito entrevista personal. Financiamiento De La Salud En Colombia. Colombia, Bogotá, D.C.: Centro de Posgrados en Salud, Pontificia Universidad Javeriana, 2010.

------. Entrevista a Volmar Jaime, Sociólogo y Administrador en Salud y Seguridad Social. También ha sido Gerente del POS de ColMédica. Experto en Capacitación. Director de la IPS Premisalud. En: Registro escrito entrevista personal. Prospectiva del Sistema de Salud en Colombia. Colombia, Bogotá, D.C.: IPS Premisalud, Junio de 2010.

CAICEDO, Carlos Hernán. Entrevista a Dilian Francisca Toro, senadora del partido de la U, autora del proyecto de ley 01 de 2010. En: UNIMEDIOS. Interacción: Especial Reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia II. Colombia: Emisora De La Universidad Nacional De Colombia, 31 de octubre de 2010.

------. Entrevista a Germán Fernández Cabrera, vocero para Asuntos Gubernamentales de la Federación Médica Colombiana. En: UNIMEDIOS. Interacción: Especial Reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia V. Colombia: Emisora De La Universidad Nacional De Colombia, 28 de Noviembre de 2010.

------. Entrevista a José Fernando Cardona Uribe, Presidente de la Nueva EPS. En: UNIMEDIOS. Interacción: Especial Reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia. Colombia: Emisora De La Universidad Nacional De Colombia, 24 de octubre de 2010.

------. Entrevista a Juan Jaramillo Pérez, Especialista en Administración y Financiación del Sector Salud con Énfasis en Descentralización. En: UNIMEDIOS. Interacción: Especial Reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia VI. Colombia: Emisora De La Universidad Nacional De Colombia, 05 de Diciembre de 2010.

------. Entrevista a María del Pilar Pastor Durango, Secretaria de Salud de Medellín. En: UNIMEDIOS. Interacción: Especial Reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia IV. Colombia: Emisora De La Universidad Nacional De Colombia, 14 de Noviembre de 2010.

------. Entrevista a Mario Hernández, director del Centro de Historia de la Medicina de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Colombia. En: UNIMEDIOS. Interacción: Especial Reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia III. Colombia: Emisora De La Universidad Nacional De Colombia, 07 de Noviembre de 2010.

FERNANDI, Luis Alejandro. Entrevista a Mario Hernández, director del centro de Historia de la Medicina de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Colombia. En: Discursos sostenibles. Salud, desarrollo y economía. Colombia: Emisora De La Universidad Nacional De Colombia, jueves 19 de Enero de 2012. 19:00 horas.

NORMATIVA. [Material físico]

COLOMBIA, Constitución Política de 1991 Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Bogotá, Legis, 1991.

COLOMBIA. Constitución Política 1991. Colombia, Bogotá, D.C.: Legis Editores SA, decimonovena edición, 2008.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. La Reforma a la Seguridad Social en Salud. Santafé de Bogotá. Tomo 2: Decretos Reglamentarios; Tomo 3: Anexo Documental. Editorial Carrera Séptima Ltda. 1995.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Reglamentación Ley 10 de 1990. Bogotá, D.E. enero de 1991.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Decreto 2560 de 2012. Por el cual se suprime la Comisión de Regulación en Salud (CRES), se ordena su liquidación y se trasladan unas funciones al Ministerio de Salud y Protección Social y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 48640 del 10 de diciembre de 2012.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1122 del 9 de Enero de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Diario Oficial No.46.506, 2007.

CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-760 de 2008 M.P. MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA. Expediente T-1281247 Y ACUM.2008: Bogotá D.C.

ESAP. SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL. LEY 100. Publicaciones Esap. Bogotá. Mayo de 1994.

PUBLICACIONES INSTITUCIONALES. [Material físico]

BANCO MUNDIAL, Financiamiento De Los Servicios De Salud En Los Países En Desarrollo. Washington D.C. 1990.

BANCO MUNDIAL, Informe De Desarrollo Humano, 1991. Washington D.C.

BANCO MUNDIAL. Informe sobre el desarrollo mundial 1987. Washington D.C.1987.

BANCO MUNDIAL. El Estado en un mundo en transformación. Informe sobre el desarrollo mundial. Washington DC, Banco Mundial, 1997.

BANCO MUNDIAL. Informe sobre el desarrollo mundial, 2007., Washington D.C, 2007.

BANCO MUNDIAL. Instituciones para los mercados. Informe anual sobre el desarrollo mundial, 2002. Washington DC, Banco Mundial, 2002.

BANCO MUNDIAL. Manejo Social del Riesgo. Holzmann y Jorgensen. Informe de desarrollo humano 2000-2003., Washington DC, 2003.

BANCO MUNDIAL. Una Agenda Para La Reforma; Invertir En Salud. Informe sobre el desarrollo mundial, Washington D.C. julio de 1993.

CENTRO LATINOAMERICANO DE ADMINISTRACIÓN PARA EL DESARROLLO CLAD. Las Reformas Político-Institucionales Del Sector Salud En Colombia (1991-2003). Ponente: Elsy Luz Barrera. En panel: Estrategias y reformas político-institucionales para incrementar la capacidad de gobierno en democracia. Buenos Aires: XIII Congreso del CLAD, viernes 7 de Noviembre, 2008.

CEPAL. Morales Sánchez, Luis Gonzalo El Financiamiento Del Sistema De Seguridad Social En Salud En Colombia. Santiago de Chile. Julio, 1997.

CESDE- CENTRO DE ESTUDIOS ESCUELA PARA EL DESARROLLO. Balance del componente social del Plan Nacional de Desarrollo Hacia un Estado Comunitario 2002-2006. p. 173-214. En: Crisis del Modelo Neoliberal y Desigualdades en Colombia: Dos Décadas de Políticas Públicas. Colombia, Bogotá, D.C.: Ediciones Desde Abajo, Septiembre de 2009.

COLOMBIA. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS ACSC. Señor Presidente, Declare La Emergencia Para El Sector Salud. p. 13. En: EL ESPECTADOR. Colombia, Bogotá, D.C.: domingo 05 de Junio de 2011.

COMISIÓN DE RACIONALIZACIÓN DEL GASTO Y DE LAS FINANZAS PÚBLICAS. ROSAS VEGA, Gabriel (Coord.). El saneamiento Fiscal, un

compromiso con la sociedad. Tema 1. Diagnóstico y principales recomendaciones Informe Final. Colombia, Bogotá, D.C.: Editoláser S.A., 1997: 278 p(varios números).

CORPORACIÓN COLECTIVO DE ABOGADOS JOSÉ ALVEAR RESTREPO. Plan Colombia-No. Bogotá D.C.: Rodríguez Quito Editores, 2003.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE COLOMBIA. Evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2009: índice de satisfacción de usuarios de salud –ISUS-. Colombia, Bogotá, D.C.: Imprenta Nacional de Colombia, 2010.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2013. Colombia, Bogotá, D.C.: 2014.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Derecho a la salud. Red Nacional de Promotores de Derechos Humanos. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional de Colombia. 2004

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Derechos de los Usuarios en el Servicio de Urgencias. Colombia, Bogotá, D.C.: 2006.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. El Derecho a la Salud en la Constitución, Bogotá D.C.: Jurisprudencia y los Instrumentos Nacionales. 2003.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. La Tutela y el Derecho a la Salud: Informe del equipo investigativo del programa de salud y seguridad social. Colombia, Bogotá, D.C.: 2007.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Lo que usted debe saber acerca de la Acción de Tutela. Santafé de Bogotá, D.C. Coordinadora de Artes Gráficas Ltda.1997.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO: Sistema de Seguimiento y Evaluación de la política Pública de salud a la luz del Derecho a la Salud Programa de Seguimiento y

Evaluación de la Política Pública en Derechos Humanos, Bogotá D.C.: Prosedher.2006.

FEDESARROLLO. Debates de Coyuntura Económica, No. 85; Bogotá, FEDESARROLLO, 2011.

FEDESARROLLO. La Evasión de Aportes Obligatorios al Sistema de Salud en Colombia. Colombia, Bogotá, D.C.: Fundación Corona-DNP-UANDES, Junio de 1999.

FUNDACIÓN CORONA-DNP-UANDES- U Rosario. Avances y Desafíos en el Sistema de Salud colombiano. Informe de investigación, Colombia, Bogotá, D.C.: CORONA-DNP-UANDES, 2007.

ICONTEC. Trabajos Escritos: Presentación y Referencias Bibliográficas. Colombia, Bogotá, D.C.: Instituto Colombiano de Normas técnicas y Certificación ICONTEC, Junio de 2010; Versión 2014, 2015.

INSTITUTO CERVANTES. Saber escribir. Colombia, Bogotá, D.C.: Distribuidora y editora Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara, S.A., Febrero de 2007.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Calidoscopio: una mirada a la calidad de la Salud. Colombia, Bogotá, D.C.: Dirección General de Calidad de Servicios, publicación N° 11 de 2008.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Informe al Congreso 2009 - 2010. Cuatrienio 2006-2010. Colombia, Bogotá, D.C.: Julio de 2010.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Cifras financieras del sector salud. Gasto en salud en Colombia 2004-2011. Colombia, Bogotá, D.C.: Boletín bimestral No. 2, Enero-Febrero 2014. (Serie Bimestral Números 1-5 desde 2013. varios temas).

MINISTERIO DE SALUD. Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Colombia, Decreto N°1298 de 1994. Santa Fe de Bogotá: Editorial Carrera Séptima Ltda., 1ra ed.1994.

MINISTERIO DE SALUD. La Salud en Colombia. Estudio Sectorial de Salud. Departamento Nacional de Planeación, 1990. Contenido En: MINISTERIO DE SALUD. La Salud en Colombia: Diez años de Información (1983-1993).

OFICINA EN COLOMBIA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Colombia, Bogotá, D.C.: Prismigrafan, Noviembre de 2003.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estadísticas sanitarias mundiales año 2011 En: Revista Bienestar Sanitas. El Sistema de Salud en Colombia: Las verdades no contadas. Edición n° 118, Sección: Fernando Fonseca Chaparro, presidente Colsanitas. Octubre-Noviembre de 2011.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN; DEJUSTICIA; ACCD. 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 de salud. Colombia, Bogotá, D.C.: Mayo de 2008.

PROCURADURÍA GENERAL DE NACIÓN. Balance de Seguimiento a las Órdenes de la Sentencia T-760 de 2008, dirigido al Honorable Magistrado de la Corte Constitucional Jorge Ivan Palacio Palacio. Colombia, Bogotá, D.C.: 29 de Junio de 2011.

SANTOS C., Juan Manuel. Mensaje del Presidente. Informe al Congreso. Bogotá, Presidencia de la República; 2012: p. 19.

SECRETARIA DE HACIENDA DISTRITAL. Hacia la Garantía del Derecho a la Salud en Bogotá. Adriana Rodríguez Castillo. Diagnóstico y políticas de salud en el Distrito Capital. Cuadernos de la ciudad. Colombia, Bogotá, D.C.: Serie Equidad y Bienestar No.6.Asociación Buena Semilla. Abril 2005.

SECRETARIA DE HACIENDA DISTRITAL. Ingresos, gastos y exclusión social en Bogotá. Colombia, Bogotá, D.C.: Cuadernos de la ciudad, serie equidad y bienestar No. 8, Marzo de 2006.

SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO. Informe motivado. Radicación No. 09-021413 Carlos Pablo Márquez. Colombia, Bogotá, D.C.: Julio de 2011.

UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA. Diez años del sistema de seguridad social colombiano: Evaluación y Perspectivas. Colombia, Bogotá, D.C.: Octubre de 2003.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA - CID. Metodología para el Diseño y Cálculo de un Ordenamiento (Ranking) de Entidades Promotoras de Salud – Primera Medición-. Colombia, Bogotá, D.C.: Ministerio de la Protección Social, Noviembre de 2007.

WEBGRAFÍA

DE REVISTA [En línea]

AGUDELO CALDERÓN, Carlos Alberto; CARDONA BOTERO, Jaime; ORTEGA BOLAÑOS, Jesús y ROBLEDÓ MARTÍNEZ, Rocío. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Contenido En: Revista Ciência & Saúde Coletiva, 16 (6); 2011: p. 2817 – 2828. Tomado de: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf>. Consultado el: 27 de Mayo de 2015.

AHUMADA FARIETTA, Juan. Pocas pero graves novedades en la Ley estatutaria del derecho a la salud. En: Revista Deslinde, edición de 05/12/14. Edición digital. Disponible en internet: <http://deslinde.co/pocas-pero-graves-novedades-en-la-ley-estatutaria-del-derecho-a-la-salud/>, Consultado el: 15 de Abril de 2015.

ASI VAMOS EN SALUD. Gráficas - Gasto total del Sistema General de Salud 2004-2013; Comparativo variación IPC Salud vs Incremento anual gasto en salud 2006-2012. Disponible en internet: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/financiamiento/grafica.ver/48>, Consultado el 19 de Julio de 2015.

BUSTAMANTE ROLDÁN, Jorge. Colombia, una democracia amenazada En: Razonpublica.com. Edición del lunes 13 de Julio de 2009. Disponible en internet: <http://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/207-colombia-una-democracia-amenazada.html> Consultado en: 15 de Mayo de 2015.

DÍAZ, Mónica Sofía. Análisis Económico Del Derecho Constitucional: Aplicación De La Teoría Económica Bajo La Escuela De La Elección Pública. En: Revista Derecho del Estado n° 23. Colombia: Universidad Externado de Colombia, Diciembre de 2009. Disponible en internet: <http://foros.uexternado.edu.co/economia/institucional/index.php/derest/article/view/472/451>

DINERO. 5 Mil empresas. Bogotá D.C: Revista Dinero Ed. 471. Junio 2015. Disponible en internet: <http://www.dinero.com/edicion-impresa/caratula/articulo/las-empresas-mas-grandes-del-pais-regiones-2015/209423>, Consultado en: Agosto 2015

FRANCO GIRALDO, Álvaro. Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: sigue la pugna por la reforma en salud. En: Revista Alma Mater N° 641, Abril. Universidad de Antioquia, Medellín, 2015. Disponible en internet: http://issuu.com/periodicoalmamater/docs/alma_mater_641_web, Consultado en: Febrero de 2015.

GARAY SALAMANCA, Luis Jorge. Crisis, exclusión social y democratización en Colombia. En: Revista UNIVERSIDAD DEL VALLE. Prospectiva. Colombia: edición n° 8 de la Facultad de Humanidades, Octubre de 2003. Disponible en internet: http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=crisis%20exclusi%C3%B3n%20social%20y%20democratizaci%C3%B3n%20en%20colombia.&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.humanas.unal.edu.co%2Findex.php%2Fdownload_file%2Fview%2F15%2F&ei=_aCpTrOiLsjZgQe3rZQB&usg=AFQjCNEYrhFiW-rLyjP7I7XgPYeHQ_t_Q_w, Consultado en: Agosto de 2009.

GARGARELLA, Roberto. Un breve balance de la reforma constitucional de 1994, 20 años después. En revista: Pensar en derecho. N5. p.17-34.

GONZÁLEZ DE CANCINO, Emilssen. Dignidad, integridad y poblaciones vulnerables. En: Revista Colombiana de Bioética, vol. 4 no 2. Colombia, Bogotá, D.C.: Diciembre de 2009. p. 225 -240. Disponible en Internet: <<http://www.bioeticaunbosque.edu.co/publicaciones/Revista/Revista9/Articulo.pdf>> Fecha de consulta: Abril 16 de 2011.

GUTIÉRREZ, DIANA. La Crisis del sistema de Salud Colombiano, análisis de las estrategias legislativas y Judiciales para su solución. Colombia, Bogotá, D.C.: Pontificia Universidad Javeriana, 2009. Disponible en internet: <http://repositorio.javeriana.edu.co/bitstream/10554/447/1/pol103.pdf>, Consultado el: 17 de octubre de 2011

HERNÁNDEZ, Andrés. Amartya Sen: Ética y Economía. La ruptura con el Bienestarismo y la defensa de un Consecuencialismo Amplio y Pluralista. Colombia. En: Revista CIDER – Reunirse – Cuadernos de Economía, Universidad Nacional de Colombia; 1998. Disponible en internet: www.revistas.unal.edu.co/index.php/ceconomia/article/.../20796 Consultado en: octubre de 2011.

HERNANDEZ, Mario. Las cifras rojas del sistema de salud. En: Revista Razón Pública; Agosto 3 de 2015. Disponible en internet: <http://www.razonpublica.com/index.php/econom%C3%Ada-y-ssociedad/8707-las-cifras-rojas-del-sistema-de-salud.html>

HERNÁNDEZ, Mario. La OPS y el Estado Colombiano. 100 años de Historia 1902-2002, Un análisis crítico de la historia de los sistemas de salud en Colombia, para el siglo XX. Colombia, En: Revista OPS. Bogotá, D.C.: 2002, disponible en <www.col.ops-oms.org/centenario/libro/OPS_y_estado_colombiano_100.doc>, consultado en Junio de 2009.

INFANTE, Alberto; DE LA MATA, Isabel; LÓPEZ-ACUÑA, Daniel. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Washington: Revista Panamericana de Salud Pública Vol.8 No1-2, Julio -

Agosto 2000. Disponible en internet: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3000.pdf> Consultado en: octubre de 2011.

LA SILLA VACÍA. Álvaro Uribe Vélez. Edición del Viernes 22 de octubre de 2010. Disponible en internet: <http://lasillavacia.com/perfilquien/18882/alvaro-uribe-velez>. Consultado el: 15 de mayo de 2015.

MARTÍNEZ MARTÍN, Félix León. Derecho a la salud o equidad en salud. En: Revista Javeriana. Enero - Febrero de 2009. Número 751. Tomo 145. p. 70 – 82. Año de publicación 76. ISSN: 0120-3088. Disponible en internet: <http://www.saludcolombia.com/actual/saludperman/colaboradores.htm>, Consultado en: 23 de octubre de 2009.

OCAMPO, José Antonio. Las concepciones de la política social: universalismo vs focalización. En: Nueva Sociedad 215; Mayo - Junio de 2008, ISSN: 0251-3552. Artículo Disponible en internet: http://www.nuso.org/upload/articulos/3521_1.pdf, Consultado en: Septiembre de 2011.

OLIVEROS Q. Ana J. Influencia del Banco Mundial en las políticas públicas de salud en Colombia entre 1980 y el 2005. En Revista: Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Pública vol.28 no.3 Medellín 2010. Disponible en internet: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2010000300006&script=sci_arttext

PACHECO SÁNCHEZ, Carlos Iván. Guerra y derecho a la salud en Colombia. El caso del Departamento de Nariño. En: Revista Medicina Social volumen 4, número 3, Septiembre de 2009. Disponible en internet: <http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/viewFile/319/710> Consultado en: Abril 16 de 2012.

PÉREZ SALAZAR, Mauricio. La Libertad no es un Lujo. En: Revista de Economía Institucional n° 2. Colombia: Universidad Externado de Colombia, primer semestre de 2000. p. 151 - 159. Disponible en internet: <http://www.economia.institucional.com/pdf/No2/mperez2.pdf>

RAMÍREZ MORENO; Jaime. La emergencia social en salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana. Pontificia Universidad Javeriana, Enero-Junio de 2010. Disponible en internet: http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol_9_n_18_supl/ponencia_panel_4.pdf, Consultado en: 18 de octubre de 2011.

ROA ROA, Jorge Ernesto. El derecho a la salud de las mujeres víctimas del conflicto armado. El enfoque psicosocial (Sentencia T-045 de 2010). En: Revista Derecho del Estado n° 24. Colombia: Universidad Externado de Colombia, Julio de 2010. Disponible en internet: <http://portal.uexternado.edu.co/irj/go/km/docs/documents/UExternado/pdf/5revistaDerechoDelEstado/numero%2024/JorgeRoa.pdf>

SALGADO, Fernando, La regulación del sistema o modulación, como lo establecía el pluralismo estructurado-, no se basaba en las fuerzas del mercado y era una función propia que le competía al Estado: Reportaje, En: Revista Salud Colombia, 66ª ed., Julio Agosto de 2002, Disponible en internet: <<http://www.saludcolombia.com/actual/salud66/portad66.htm>>, consultado el 20 de Enero de 2012.

TORRES, Mauricio. Ocho Años de Inseguridad Social en Salud. Balance del Gobierno de Uribe en el tema de salud En: Revista Desde Abajo, Informe especial (Ediciones 156- 157), Colombia, Bogotá, D.C.: 2010. Disponible en internet: <http://www.alames.org/documentos/ochoan.pdf> , Consultado en: Agosto de 2015.

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. Formación ciudadana y constitucional. Facultad de Derecho y Vicerrectoría de Docencia. Disponible en internet: <http://docencia.udea.edu.co/derecho/constitucion/antecedentes.html>, Consultado el 15 de octubre de 2013.

UPRIMNY YEPES, Rodrigo. Legitimidad y conveniencia del control constitucional a la economía. En: Independencia Judicial en América Latina. ¿De quién? ¿Para qué? ¿Cómo? Colombia, Bogotá, D.C.: Edición: ILSA. 2003. Disponible en internet: <http://ilsa.org.co:81/biblioteca/dwnlds/taq/taq02/Taq02-05-09.pdf>, Consultado en: 15 de Noviembre de 2011.

URIBE VÉLEZ, Álvaro define los lineamientos básicos de su programa de salud. En: Revista Así Vamos en Salud. Disponible en internet: <http://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/politicas-publicas/proyectosdeley>. ver/10, Consultado el: 15 de Mayo de 2015.

VALADÉS, Diego. El Estado Social de Derecho. Sine loco, sine facta. Artículo Disponible en internet: <http://www.bibliojuridica.org/libros/2/994/7.pdf>, Consultado en: Noviembre de 2011.

VÉLEZ ARANGO, Alba Lucía. Nuevas Dimensiones Del Concepto De Salud: El Derecho A La Salud En El Estado Social De Derecho. 2007. En: Revista UNIVERSIDAD DE CALDAS. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12. Manizales: Universidad de Caldas, Enero - Diciembre 2007. Disponible en internet: <http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%20126.pdf>. Consultado en: 14 de Noviembre de 2011.

VILLAR BORDA, Luis. Estado de Derecho y Estado Social de Derecho. En: Revista Derecho del Estado n° 20. Colombia: Universidad Externado de Colombia; Diciembre de 2007. p. 83 - 89. Disponible en internet: <http://foros.uexternado.edu.co/ecoinstitucional/index.php/derest/article/viewFile/705/667>

DOCUMENTOS DIGITALES [En línea]

ARROYAVE ZULUAGA, Iván Darío. La Organización de la Salud en Colombia. Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paul, 2009. Disponible en internet: http://www.periodicoelpulso.com/html/libro/La_organizacion_de_la_salud_en_Colombia_2009.pdf, Consultado en: Noviembre de 2011.

BELTRAN LOPEZ, Ulahy. Plan Nacional de Desarrollo, ¿en contravía de la Ley Estatutaria de Salud? Febrero, 2015. Disponible en internet: <http://ulahybeltranlopez.blogspot.com/2015/02/plan-nacional-de-desarrollo-en.html>, Consultado en: Agosto de 2015.

CÁRDENAS, J. H. CALA, J. BLANCO, A. MAYOLO, A. Dos décadas de reformas administrativas en Colombia y la reforma de 2011 Colombia, Bogotá, D.C.: Oportunidad Estratégica, 2014. Disponible en internet: <http://es.slidesh>

are.net/cardenasjhc/dos-dcadas-de-reformas-administrativas-en-colombia-y-la-reforma-de-2011, Consultado en: Junio de 2015.

CASTAÑO Z, Ricardo A. Colombia Y El Modelo Neoliberal. Bogotá, 2001: 59 p
Disponble en internet: http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/17535/2/ricardo_castano.pdf. Consultado el 13 de Mayo de 2015

CHAVES, Jorge Arturo. Ética y Economía: La perspectiva de Amartya Sen. Sine loco: Febrero 22 de 2010. Disponible en internet: http://ccnrs.com/documentos/transparencia_rendicion_cuentas/etica_y_empresa_amartya_sen.pdf, Consultado en octubre de 2011.

COURTIS, Christian. Los Derechos Sociales Como Derechos. Argentina: Universidad de Buenos Aires / Universidad de Palermo. Disponible en internet: <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/los-derechos-sociales-como-derechos-christian-courtis.pdf>, Consultado en: octubre de 2011.

DURANGO ALVAREZ, Gerardo A. Aproximaciones conceptuales a la democracia constitucional y a los derechos fundamentales en la Teoría de L. Ferrajoli. Opin. jurid. [online]. 2007, vol.6, n.12. pág. 198. p. 165-185.

DUSSEL, Enrique. Principios Éticos y Economía (En torno a la posición de Amartya Sen). México: Signos Filosóficos, núm. 6, Julio -Diciembre de 2001. Disponible en internet: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=34300605>, Consultado en: Julio de 2010.

FERNÁNDEZ, Carlos Francisco. Faltó Estado en la Regulación de la Salud. Entrevista a Mirta Roses, directora de la Organización Panamericana de la Salud. Disponible en internet: El Tiempo, sección Debes Leer, publicación del viernes 03 de Junio de 2011. Entrevista Disponible en internet: http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-9536948.html, Consultado el: 12 de Junio de 2011.

FLEURY, Sonia; MOLINA, Carlos Gerardo. Modelos De Protección Social. Washington, D.C. Banco Interamericano de Desarrollo BID, Instituto

Interamericano para el Desarrollo Social INDES, 2000. Disponible en internet: <http://www.ilazarte.com.ar/epss/mt-static/archives/documentos/fleryproteccion-social-verpub.pdf>, Consultado en: Enero de 2012.

FRANCO-GIRALDO, Álvaro. Ley 1438 de 2011: Entre Superflua y Disuasiva. Disponible en internet: <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/1504/1/PONENCIA%20Ley%201438%20de%202011%5B1%5D.pdf>, Consultado en: 15 de Abril de 2015 PONENCIA WEBGRAFIA

GOMBERT, Tobias, et al. Manual de la Democracia Social 1: fundamentos de la Democracia Social. Buenos Aires: Nueva Sociedad, 1a ed.; 2010. Disponible en internet: <http://library.fes.de/pdf-files/iez/07419.pdf>, Consultado en: Enero de 2012.

GONZÁLEZ, Fernán. El fenómeno político de Álvaro Uribe Vélez. ¿De dónde proviene la legitimidad de este líder elegido por segunda vez como presidente?. Colombia, Bogotá, D.C.: Instituto de investigación y debate sobre la gobernanza – IRG, Septiembre; 2006. Disponible en internet: <http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-245.html>, Consultado el: 15 de Mayo de 2015.

HERNÁNDEZ, Diego. La universalidad como fundamento para el Diseño de la política social. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia, sine facta. Disponible en internet: http://www.docentes.unal.edu.co/dfhernandezl/docs/Universalism_Social_Policy_DFHL.pdf, Consultado en: Mayo 14 de 2010.

JUNGUITO, Roberto, RINCON, Hernán. La política fiscal en el siglo XX. En: Colombia: investigación borradores de economía, no 356. Colombia, Bogotá, D.C.: Banco de la República, 2004.

LONDOÑO, Juan Luis; FRENK, Julio . Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo, Documento de trabajo 253, 1987. Disponible en internet: <http://idbgroup.org/res/publications/pubfiles/pubWP-353.pdf>, Consultado el: 17 de octubre de 2011.

LÓPEZ HERNÁNDEZ, Claudia (ed.) - Corporación Nuevo Arco Iris. Y refundaron la patria... de cómo los mafiosos y políticos reconfiguraron el Estado Colombiano Bogotá; Debate, segunda reimpresión Septiembre; 2010. Disponible en internet: http://www.colombia-sa.com/presidentes/alvaro_uribe_velez.html, Consultado en: 15 de Mayo de 2015

LÓPEZ MEDINA, Diego. Sistema de salud y derecho a la salud: Historia de su interrelación en la jurisprudencia constitucional. Colombia, Bogotá, D.C.: Asociación Colombiana De Empresas De Medicina Integral - ACEMI, Abril 24 de 2008. Disponible en internet: <http://www.acemi.org.co/Docs/juridica/2.1.2.%20Diego%20Lopez%20Sistema%20de%20salud%20y%20derecho%20a%20la%20salud.pdf>, Consultado en: octubre de 2009.

MACEIRA, Daniel. Un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América Latina y Europa. Buenos Aires: IRD, Mayo 2007. Disponible en internet: <http://www.danielmaceira.com.ar/pdfs/Maceira-Eurosocial-Experiencia-CompRefFin-Doc.pdf>, Consultado en: octubre de 2009.

MARTÍNEZ MARTÍN, Félix León. Enfoque para el análisis y la investigación sobre Equidad / Iniquidad en Salud Revisión conceptual. Bogotá, Septiembre de 2006. p. 5-6. Disponible en internet: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/EquidadIniquidad.pdf>, Consultado en: Noviembre de 2010.

MARTÍNEZ MARTÍN, Félix León. De la apropiación política a la apropiación privada. ¿Hacia dónde se dirige el SGSSS? Colombia: Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID - Universidad Nacional, Febrero 28 de 2007. Disponible en internet: <http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/De%20la%20apropiacion%20politica%20a%20la%20apropiacion%20privada.pdf>, Consultado en: octubre de 2009.

MARTÍNEZ MARTÍN, Félix León. Implicaciones de las decisiones sobre el financiamiento de la salud. Colombia: SaludColombia, sine data. Disponible en internet: <http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/Las%20decisiones%20sobre%20el%20financiamiento%20de%20la%20salud%20son%20tambien.pdf>, Consultado en: Agosto de 2011.

MARTÍNEZ MARTÍN, Félix León. Una Extraña Privatización. Colombia, Bogotá, D.C.: Salud Colombia, Agosto de 2007. Disponible en internet: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud78/editor78.htm>, Consultado en: octubre de 2009.

MARTÍNEZ MARTÍN, Félix León; CASTRO, Carlos Eduardo; ORDÓÑEZ, Inés Elvira; VALENCIA, Oscar Mauricio. El Sistema De Seguridad Social En Salud En La Región Pacífica Colombiana: La problemática de la población dispersa. Colombia: FEDESALUD, 9 de Abril de 2008. Disponible en: <http://www.fedesalud.org.co/prod05.htm>, Consultado en: octubre de 2009.

MARTÍNEZ, Félix. La crisis de la seguridad social en salud en Colombia. ¿Efectos inesperados del arreglo institucional? Colombia, Bogotá, D.C.: FEDESALUD, Abril, 2013. 65 p Disponible en internet: <http://www.fedesalud.org/index.php/estudios>,

MOLANO CAMARGO, Frank. La tercera vía de Juan Manuel Santos: Otro camino para el desenvolvimiento del fascismo y del neocolonialismo” Bogotá. Disponible en internet: <http://www.modep.org/2011/02/02/la-tercera-via-de-juan-manuel-santos-otro-camino-para-el-desenvolvimiento-del-fascismo-y-del-neocolonialismo/> Consultado el: 15 de mayo de 2015.

MORA, Andrés Felipe. Aspectos Críticos de la Regla Fiscal para Colombia: Fiscalismo, Fundamentalismo Financiero y Límites al Ejercicio de los Derechos, Colombia, Bogotá, D.C.: Planeta Paz; 2011, 19 p Disponible en internet: http://www.planetapaz.org/index.php?option=com_content&view=article&id=322:aspectos-criticos-de-la-regla-fiscal-para-colombia&catid=15:menu-slider, Consultado el: 30 de Abril de 2015.

NACIONES UNIDAS , COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (DESC) OBSERVACIÓN GENERAL 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11/08/2000,E/C.12/2004/4,CESCR Observación General 14(General Comments),Ginebra, 25 de Abril a 12 de Mayo de 2000,Nueva York y Ginebra, 2001 Disponible en Internet: [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/8213f6dc2445f652c1256a76004b60d3/\\$FILE/G0141189.pdf](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/8213f6dc2445f652c1256a76004b60d3/$FILE/G0141189.pdf) Fecha de consulta: Enero 2015.

OSUNA PATIÑO, Néstor Iván. Panorama de la Justicia Constitucional Colombiana. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Autónoma de México, sine facta. Disponible en internet: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/6/2894/25.pdf>, Consultado el: 22 de Febrero de 2012.

PEDRAJAS, Marta. La transformación ética de la racionalidad económica en Amartya Sen: Una recuperación de Adam Smith. Madrid: Quaderns de filosofia i ciencia, 2006. Disponible en internet: http://www.uv.es/sfpv/quadern_textos/v36p105-117.pdf, Consultado el: 14 de Noviembre de 2011.

SALGADO, Fernando. Reportaje, en Salud Colombia, 66ª ed., Julio -Agosto de 2002, Disponible en internet: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud66/portad66.htm>, Consultado el 20 de Enero de 2012.

SEN, Amartya. ¿Qué impacto puede tener la ética? Trabajo Presentado en el Seminario Internacional Ética y Desarrollo, Banco Interamericano de Desarrollo, 2003. Disponible en internet: <http://www.rsu.uninter.edu.mx/doc/ASen.pdf>, Consultado en: octubre de 2011.

TAFUR CALDERÓN, Luis Alberto. Problemas de Financiación del SGSSS, Propuestas del Proyecto de Ley Ordinaria 2013 Disponible en internet: http://www.boletinesp-univalle.info/files/esss/PROBLEMAS_DE_FINANCIACION_DEL_SGSSS_Dr_Tafur.pdf, Consultado el: 16 de Abril de 2015.

UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA,- Estado de Cosas Inconstitucional Artículos Maestría En Derecho- Santa Marta, miércoles, 19 de Junio de 2013. <http://derechojusticiapaz.blogspot.com/> Consultado el 21 de Mayo de 2015. Fecha de consulta: Mayo de 2015.

PUBLICACIONES INSTITUCIONALES. [En línea]

ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE DE COLOMBIA. Finalidad Social Del Estado y la Seguridad Social. En: Gaceta Constitucional nº 78. Bogotá, D.E., de El Abedul.net, edición de 16 páginas, martes 21 de Mayo de 1991. p. 6. Disponible en:http://www.elabedul.net/Documentos/Temas/Asamblea_Constituyente/Gaceta_078.pdf Consultado en: Noviembre de 2011.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO BID. Servicios de Salud en América Latina Y Asia. Washington, D.C.: Instituto Interamericano Para el Desarrollo Social. Carlos Gerardo Molina, José Núñez del Arco (Ed), 2003. Disponible en internet: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=2220283> Consultado en: Enero de 2012.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO, (BID). Colombia profundizará reforma del sistema de salud con apoyo del BID.BIB.(08 Julio 2013). Disponible en internet: <http://www.iadb.org/es/noticias/comunicados-de-prensa/2013-07-08/colombia-profundizara-reforma-del-sistema-de-salud,10500.html>

BANCO MUNDIAL. Colombia: nivel de ingresos. 2002. Disponible en internet: <http://datos.bancomundial.org/pais/colombia>. Consultado el 15 de junio de 2009

CAMBIO PARA CONSTRUIR LA PAZ, DNP: Plan De Desarrollo de Andrés Pastrana 1998-2002.

CEPAL 2006. Las Reformas de Salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. MESA-LAGO, Carmelo (editor). Santiago de Chile: Naciones Unidas, Diciembre del 2005. Disponible en internet: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/24058/LCW63_ReformasSalud_ALC_Indice.pdf Consultado en: Junio de 2010.

CEPAL. Anuario estadístico de América Latina y el Caribe. División de Estadística y Proyecciones Económicas, 2010. Disponible en internet: http://websie.eclac.cl/anuario_estadistico/anuario_2010/esp/index.asp Fecha consulta: 21 de octubre de 2011.

COLOMBIA-SA, ÁLVARO URIBE VÉLEZ: Períodos presidenciales: Del 7 de Agosto de 2002 al 7 de Agosto de 2006 y del 7 de Agosto de 2006 al 7 de Agosto de 2010 Ver: http://www.colombia-sa.com/presidentes/alvaro_uribe_velez.html. Consultado el 15 de Mayo de 2015.

COMISION DE RACIONALIZACION DEL GASTO PÚBLICO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, Informe final, El Saneamiento fiscal, un compromiso de la sociedad – Administración del Estado. Santafé de Colombia, Bogotá, D.C.: Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 1997.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Constitución Política de Colombia de 1991, Bogotá. Disponible en internet: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125> Consultado en: 25 de Abril de 2015

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Colombia: Enero 10 de 1990. Artículo 1°. Disponible en internet: http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1990/ley_10_1990.php Consultado en: Mayo de 2009.

CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 100. (23, Diciembre de 1993), Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá D.C., 1993 No 41.148, Disponible en internet: <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>. Consultado a partir del 28 de Junio de 2008.

CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 1438 de Enero 19 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Disponible en internet: http://www.bibliotecajuridica.com.co/LEY_1438_DE_2011.pdf Consultado en: Noviembre de 2011.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 50 de Diciembre 28 de 1990. Diario Oficial No. 39.618, del 1 de |le en Internet: http://www.cntv.org.co/cntv_bop/basedoc/ley/1990/ley_0050_1990.html Consultado en: Noviembre de 2011.

CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 715 de 2001. Diario Oficial 44.654, Diciembre 21. En: EL ABEDUL. Leyes de la República de Colombia. Disponible en internet: http://www.elabedul.net/San_

Alejo/Leyes/Leyes_2001/ley_715_2001.php, Consultado en: Noviembre de 2011.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 789 de Diciembre 27 de 2002 Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo. Disponible en internet: http://www.fondoemprender.com/BancoMedios/Documentos%20PDF/Ley_789-2002.pdf, Consultado en: Noviembre de 2011.

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Acuerdo 267 de 2004. Disponible en internet: http://www.icbf.gov.co/transparencia/derecho_bienestar/acuerdo/acuerdo_cnsss_0267_2004.html, consultado en: marzo de 2010

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. Desafíos del Sistema Integral de Seguridad Social en Colombia: Informe Social 2007. Disponible en internet: <http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/2008/Informe%20social%202007%20Contraloria%20-%20Desafios%20del%20SGSSS.pdf> Consultado en: 24 de octubre de 2010.

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. Inclusión y Exclusión Social en Colombia: Educación, Salud y Asistencia Social, Informe Social. 2008. Disponible en internet: http://www.contraloriagen.gov.co/c/document_library/get_file?p_l_id=25611&foIderId=14549089&name=DLFE-20615.pdf. Consultado el 24 de octubre de 2010.

CORPORACIÓN ESCENARIOS. La CORPORACIÓN ESCENARIOS es una entidad sin ánimo de lucro dedicada a la investigación, discusión y análisis de temas enmarcados entre cuatro ejes articuladores: competitividad, equidad, gobernabilidad e identidad. Disponible en internet: http://www.corporacionescenarios.org/zav_admin/spaw/uploads/files/Biograf%C3%ADa.pdf. Consultado el: 13 de Mayo de 2015

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Portal Institucional. Disponible en internet: www.corteconstitucional.gov.co Consultado en: desde Junio de 2008.

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia N° C_463 del 14 de Mayo de 2008. Disponible en internet: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=30887>

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia N° T-760 de 2008. Disponible en internet: http://www.pos.gov.co/Documents/SENTENCIA_T_760_2008.pdf

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia T - 406 de 1992. Disponible en internet: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/T-406-10.htm> Consultado en: 16 de octubre de 2011.

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia T-006 de 2008. Disponible en internet: <http://www.sututela.com/jurisprudencia/sentencia-de-tutela-t006-de-2008-t-006-08>

CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-156 de 2011 MP. Mauricio González Cuervo. Disponible en internet: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=43281> Consultado en: 22 de Abril de 2015.

DANE; MISIÓN PARA EL EMPALME DE LAS SERIES DE EMPLEO, POBREZA Y DESIGUALDAD - MESEP; Resultados cifras de pobreza, indigencia y Desigualdad 2009. Colombia, Bogotá, D.C.: Departamento Nacional De Planeación, Abril 2010. Disponible en internet: <http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/LinkClick.aspx?fileticket=Crk3ZivixSk%3D&tabid=337> Consultado en: do: Junio de 2011.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA – DANE Mercado Laboral por departamento. Disponible en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=513&Itemid=67; 3/05/2011 Consultado en: Octubre 28 de 201.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA - DANE. Principales Indicadores Del Mercado Laboral Departamentos 2010. Bogotá, D. C., Boletín de prensa, 29 de Abril de 2011. Disponible en internet:

http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/juventud/Boletin_de_p_10.pdf Consultado en: 27 de Octubre de 2011.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN, DNP. Manual de Elementos Básicos del Estado Colombiano. Colombia, Bogotá, D.C.: Imprenta Nacional de Colombia, Febrero , 2010: 13 p

El SISBÉN, es el Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de Programas Sociales, utilizado para definir funciones de la herramienta, Portal web del SISBEN. Se han presentado problemas con este indicador lo que ha llevado a su actualización mediante el SISBEN III – CONPES SOCIAL 117. Disponible en Internet: <https://www.sisben.gov.co/> Fecha de consulta: Enero de 2012.

FONDO MONETARIO INTERNACIONAL. Ficha Técnica: El FMI y el Banco Mundial. Visto en <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/spa/imfwbs.htm>. Consultado 29 de Junio de 2013.

MÁS Y MEJOR SALUD. Plan de Desarrollo de Juan Manuel Santos Periodo 2010-2014 : Descripción de la estrategia en tema de Salud en Colombia. Disponible en internet: <http://www.santospresidente.com/propuestas-0/plan-de-gobierno/m%C3-0/plan-de-gobierno/m%C3%81s-ymejorsalud#sthashG6huMYrd.dpuf>

MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO. ABC Regla Fiscal Colombia, Bogotá, D.C.: p.5. Disponible en internet: <http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/agendalegislativa/ReglaFiscal/ABCReglaFiscal%20Junio%2021%20de%202011revisado%20GA.pdf> , Consultado en: 30 de Abril de 2014

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 4975 de 2009, por el cual se declara el Estado de Emergencia Social. Colombia: 23 de Diciembre de 2009. Norma Disponible en internet: <http://web.presidencia.gov.co/decreto/slinea/2009/Diciembre/23/dec497523122009.pdf> Consultado en: Noviembre de 2011.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Estudio de suficiencia plan obligatorio de salud – unidad de pago por capitación 2009 y de los actuales mecanismos de ajuste del riesgo determinantes del gasto de la unidad de pago por capitación. Colombia: Diciembre de 2010. Disponible en internet: http://www.moir.org.co/IMG/pdf/Estudiosuficiencia_upc-2011.pdf Consultado en: 16 de Octubre de 2011

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Decreto 056 del 15 de Enero de 1975. Disponible en internet: ftp://ftp.camara.gov.co/camara/basedoc/decreto/1975/decreto_0056_1975.html Consultado en: 16 de Octubre de 2011

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Boletín Cifras Financieras del sector. Boletín No.1, Noviembre-Diciembre de 2013. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Financiamiento/Paginas/home-financiamiento.aspx> consultado el 21 de Mayo de 2015.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Disponible en internet: <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>

OMS/ OPS. Sistemas integrados de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC: La organización; 8 de Mayo de 2008. Consultado en: 15 de Abril de 2015

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS ONU. Preguntas Frecuentes Sobre el Enfoque de Derechos Humanos en la Cooperación para el Desarrollo. Nueva York y Ginebra: Oficina Del Alto Comisionado De Las Naciones Unidas Para Los Derechos Humanos, 2006. Disponible en internet: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Informe sobre la salud en el mundo. 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas.pdf Disponible en http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1 Fecha de consulta: Octubre 16 de 2011.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. ALMA-ATA 1978: Atención Primaria De Salud. Serie: Salud. Para Todos No. 1. ISBN 92 4 354135 8. Suiza: Organización Mundial de la Salud – OMS, 1978. Disponible en internet: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf> Consultado en: Octubre 16 de 2011.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN. Balance Sobre Seguimiento A Sentencia T-760 De La Corte Constitucional En Materia De Salud. Colombia: jueves 7 de Julio de 2011. Disponible en internet: http://www.procuraduria.gov.co/portal/Procuraduriapresentobalance_sobre_seguimiento_a_Sentencia_de_la_Corte_Constitucional_en_materia_de_salud.news Consultado en: 29 de Julio , 2011

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN. Informe sentencia T- 760 de la Corte Constitucional. Colombia, 2011. Disponible en: http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/portal_doc_interes//12_Informe%20ante%20C%20Constitucional%20SegTutela760%20-%20ConjuntaPGN%2029jun.pdf Consultado en: 29 de Julio, 2011

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN. Medidas Adoptadas Por El Gobierno Continúan Sin Garantizar El Acceso Equitativo Y Oportuno De Los Ciudadanos A Los Diferentes Servicios De Salud, Afirma Procurador General. Colombia: jueves, 7 Julio 2011. Disponible en: http://www.procuraduria.gov.co/portal/Medidas-adoptadas_por_el_Gobierno_continuan_sin_garantizar_el_acceso_equitativo_y_oportuno_de_los_ciudadanos_a_los_diferentes_servicios_de_salud__afirma_Procurador_General.news Consultado en: 29 de Julio , 2011

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN. Radicación No.161-4801. Documento disponible en Internet: http://www.procuraduria.gov.co/relatoria/print.jsp?option=co.gov.pgn.relatoria.frontend.component.pagefactory.ConsultaPirelComponentPageFactory&letra=E&palabra_clave=&action=consultar_tesouro&total_results=5082&max_results=1000&first_result=2000. Consultado el 21 de Mayo de 2015

SALUDCOLOMBIA.COM. Corte Constitucional rechaza una vez más reducción de paripassu. Noticias 74° edición. Disponible en internet: <http://www.salud>

colombia.com/actual/salud74/noticia74.htm. Consultado en: Octubre 20 de 2011.

SECRETARÍA DISTRITAL DE HACIENDA. Sistema General de Participaciones SGP. Colombia, Bogotá, D.C.: 2012. Disponible en internet: http://www.shd.gov.co/portal/page/portal/portal_internet_sdh/tesoreria/ingresos_tes/SGP Consultado en: Enero de 2012.

SUPERINTENDENCIA DE SALUD. Disponible en internet: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/>

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. Políticas Públicas en Salud: Aproximación a un Análisis. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Agosto de 2008. Disponible en internet: <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/Politicass%20publicas%20en%20salud.pdf> Consultado en: Mayo de 2009.

ANEXOS

Tabla 29. Proyectos de Ley para Reformas en salud presentados en el 2006

No	Proyecto	Título	Autor	Iniciativa y Partido
1	01/06 Senado 087/06 Cámara	Por la cual se otorgan facultades extraordinarias al presidente de la República y se dictan otras disposiciones.	Ministro de la Protección Social, Doctor Diego Palacio Betancourt.	Gobierno, Partido de la U
2	20/06 Senado	Por la cual se hacen modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud.	H. S. Dieb Maloof Cuse.	Senado; Movimiento Colombia Viva
3	26/06 Senado	Por la cual se dictan normas para el fortalecimiento de las instituciones prestadoras de servicios de carácter público (IPS) de la red hospitalaria nacional, y se dictan otras disposiciones.	H. S. Nancy Patricia Gutiérrez.	Senado, Cambio Radical
4	38/06 Senado	Por la cual se crea la comisión de regulación de salud.	H. R. Jaime Restrepo Cuartas.	Cámara, Partido de la U
5	40/06 Senado 02/06 Cámara	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.	Ministro de la Protección Social Doctor Diego Palacio Betancourt.	Gobierno, Partido de la U
6	67/06 Senado	Por la cual se promueve la universalización de la afiliación al sistema de seguridad social en salud.	H. S. Zulema Jattin, Armando Benedetti, Julio Manssur, H. R. Bernardo M. Elías, Eduardo Crissien, Eric Morris, Carlos Zuluaga, Luis Antonio Serrano	Senado, Partido de la U
7	116/06 Senado	Por la cual se introducen modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud.	H. S. Jorge Eliecer Ballesteros.	Senado, Movimiento Alas Equipo Colombia.
8	122/06 Senado	Por el cual se deroga el libro segundo, y se reforma el libro tercero de la ley 100 de 1993, y algunos artículos referentes a salud, contenidos en la ley 715 de 2001, y se constituye el sistema integral de salud.	H. S. Luis Carlos Avellaneda Tarazona	Senado, Polo Democrático
9	128/06 Senado	Por el cual se ordena la afiliación obligatoria de las entidades oficiales del orden nacional, departamental y municipal, a la administradora de riesgos profesionales del instituto de seguros sociales.	H. S. Dieb Maloof Cuse	Senado, Movimiento Colombia Viva
10	01/06 Cámara	Por la cual se hacen modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 48, 49, 356 y 357 de la constitución política.	H. S. Dilian Francisca Toro Torres, H. R. Sandra Rocio Ceballos Arévalo, Eduardo Benítez Maldonado.	Senado y Cámara, Partido de la U
11	18/06 Cámara	Por el cual se modifica el régimen subsidiado de seguridad social en salud de la ley 100 de 1993.	H. S. Alexandra Moreno Piraquive, Manuel Antonio Virguez, H. R. Gloria Stella Díaz Ortiz.	Senado, MIRA
12	84/06 Cámara	Por la cual se reforma parcialmente la ley 100 de 1993, y se dictan normas para la organización del régimen subsidiado y de la atención en salud de los vinculados.	H. R. Jorge Julián silva.	Cámara, Movimiento Apertura Liberal

Tabla 30. Las cuentas de la salud en Colombia - Gilberto Barón, cifras a precios Constantes del año 2000

CONCEPTO	1.993		2.003	VARIACION		
GASTO FINAL						
ADMINISTRACIÓN	605.643,80		2.217.869,20	266%	1.612.225,40	3,66
INVERSIÓN	240.758,10		1.465.595,60	509%	1.224.837,50	6,09
Infraestructura y dotación	218.789,80		679.851,00	211%	461.061,20	3,11
Investigación	11.047,70		12.557,60	14%	1.509,90	1,14
Capacitación	3.272,60		8.786,00	168%	5.513,40	2,68
Otros	7.648,00		764.400,90	9895%	756.752,90	99,95
ATENCIÓN EN SALUD	8.349.310,30		9.237.093,90	11%	887.783,60	1,11
DEMÁS USOS	298.383,60		1.349.504,10	352%	1.051.120,50	4,52
TOTAL USOS	9.494.095,80		14.270.062,80	50%	4.775.967,00	1,50
ESTRUCTURA DEL GASTO EN SALUD	1.993		2.003	VARIACIÓN 2.003 - 1993		
ATENCIÓN EN SALUD	8.349.310,30	88%	9.237.093,90	65%	887.783,60	19%
INVERSIÓN EN SALUD	233.110,10	2%	701.194,60	5%	468.084,50	10%
OTROS NO SALUD (¿Intermediación?)	911.675,40	10%	4.331.774,20	30%	3.420.098,80	72%
ESTRUCTURA DEL GASTO	9.494.095,80	100%	14.270.062,70	100%	4.775.966,90	100%
GASTO INTERMEDIO						
GASTO PÚBLICO TOTAL	2.080.838,10		5.649.911,70	172%	3.569.073,60	2,72
Gasto público directo	2.080.838,10		4.075.899,70	96%	1.995.061,60	1,96
Régimen subsidiado			1.574.012,00	76%	1.574.012,00	Nuevo
GASTO EN RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	2.443.883,30		6.347.651,40	160%	3.903.768,10	2,60
GASTO PRIVADO TOTAL	4.969.374,40		2.272.499,70	-54%	-2.696.874,70	0,46
Gasto en seguros privados	698.313,00		1.200.535,30	72%	502.222,30	1,72
Gasto directo de bolsillo	4.144.626,00		1.071.964,40	-74%	-3.072.661,60	0,26
Cajas de compensación familiar	126.435,40			-100%	-126.435,40	
GASTO TOTAL EN SALUD	9.494.095,80		14.270.062,80	50%	4.775.967,00	1,50
ORIGEN DE LOS RECURSOS						
FAMILIAS = 29%	5.215.434,00		4.088.280,20	-22%	-1.127.153,80	0,78
Seguros voluntarios y prepagada	344.184,80		749.144,00	118%	404.959,20	2,18
SOAT			63.260,30		63.260,30	Nuevo
Cotización a la SSS	726.623,20		1.923.344,80	165%	1.196.721,60	2,65
Copagos			127.653,20		127.653,20	Nuevo
Gasto de bolsillo	4.144.626,00		1.071.964,40	-74%	-3.072.661,60	0,26
Otros			152.913,50			Nuevo
EMPRESAS = 23%	2.150.734,20		3.268.302,00	52%	1.117.567,80	1,52
Seguros voluntarios y prepagada	355.142,60		205.916,50	-42%	-149.226,10	0,58
SOAT			46.072,70		46.072,70	Nuevo
Aportes patronales a la SSS	1.443.380,90		2.349.443,70	63%	906.062,80	1,63
Aportes nómina ICBF	352.210,70		666.869,10	89%	314.658,40	1,89
RECURSOS DE LOS AGENTES = 20%	81.450,90		2.833.203,37	3378%	2.751.752,47	34,78
	1%		20%		58%	
PRESUPUESTO GENERAL NACION= 22%	1.129.068,40		3.228.452,30	186%	2.099.383,90	2,86
Aportes Patronales a la SSS	351.524,50		409.634,50	17%	58.110,00	1,17
Partidas ordinarias a IPS	54.446,90		765.747,50	1306%	711.300,60	14,06
SGP transferencias	706.481,60		1.950.870,70	176%	1.244.389,10	2,76
Otras partidas	16.615,40		102.199,60	515%	85.584,20	6,15
RECURSOS ENTES TERRITORIALES = 6%	917.408,40		851.824,40	-7%	-65.584,00	0,93
Departamentos (Rentas cedidas)	758.871,80		574.035,00	-24%	-184.836,80	0,76
Municipios	158.536,60		277.789,40	75%	119.252,80	1,75
TOTAL RECURSOS APORTADOS = 100%	9.494.095,90		14.270.062,27	50%	4.775.966,37	1,50

Cuadro de Iván Jaramillo, según estudio de Gilberto Barón.

Fuente: EL PULSO. Por fin Colombia tiene cuentas de salud, Colombia: mayo de 2007, disponible en <http://www.periodicoelpulso.com/html/0705may/debate/debate-01.htm>, consultado en mayo de 2010.

Tabla 31. Indicadores del gasto en salud, 2004-2011 (En porcentajes y dólares)

Indicadores	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ^a	2013 ^a
1. Con respecto al PIB										
1.1 Gasto total en salud (GTS) / PIB (%)	5,4	5,8	6,1	6,3	6,6	7,0	6,8	6,5	6,8	6,8
1.2 Gasto del gobierno general (GGG) / PIB (%)	4,1	4,3	4,5	4,5	4,7	5,1	5,0	4,9	5,2	5,2
1.3 Gasto privado / PIB (%)	1,3	1,5	1,6	1,7	1,9	1,9	1,8	1,6	1,7	1,6
1.4 Gasto de bolsillo / PIB (%)	0,8	1,0	1,1	1,2	1,4	1,3	1,2	1,0	1,0	1,0
1.5 Gasto financiado con fondos de seguridad social	2,4	2,5	2,7	2,6	2,7	3,1	2,9	2,8	2,8	2,9
1.6 Gasto financiado con fondos públicos (GFP)	1,7	1,8	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,1	2,2	2,3
2. Con respecto al GTS										
2.1 Gasto seguridad social en salud / GTS (%)	58,6	56,4	58,0	57,5	58,0	62,0	61,9	62,7	63,7	64,1
2.2 Gasto del gobierno general (GGG) / GTS (%)	76,0	74,2	74,2	72,6	71,0	73,4	73,6	75,2	75,8	76,0
2.3 Gasto en salud pública / GTS (%)	5,8	4,2	5,0	5,4	4,4	3,5	3,5	5,2	5,2	5,1
2.4 Gasto privado / GTS (%)	24,0	25,8	25,8	27,4	29,0	26,6	26,4	24,8	24,2	24,0
2.5 Gasto de bolsillo / GTS (%)	14,5	17,0	18,5	19,9	21,4	18,7	17,8	15,9	14,8	13,9
3. Gasto per cápita en salud										
3.1 En pesos corrientes (\$col)	390.130	461.263	540.541	613.667	714.975	786.768	809.135	880.251	974.981	1.021.587
3.2 En pesos constantes (\$col 2011=100)	530.938	598.709	671.509	721.308	780.467	841.996	839.273	880.251	951.958	978.215
3.3 En dólares (con base en TMR col)	149	199	229	295	364	365	426	476	542	547
3.4 En dólares (en términos ppp)	369	426	487	540	597	640	641	665	730	758

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social /DFS-CS. Cifras financieras del sector salud. Boletín bimestral No.2 enero-febrero de 2014. pag 16

Tabla 32. Población total, en edad de trabajar, económicamente activa, ocupados, desocupados (abiertos y ocultos), inactivos y subempleados (en miles, promedio anual)

Periodo	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Población Total	39.280	40.179	40.681	41.183	41.687	42.186	42.690	43.196	43.706	44.218	44.735	45.254	45.774
Población en edad de trabajar	29.439	30.262	30.818	31.378	31.937	32.476	33.039	33.597	34.155	34.706	35.248	35.781	36.307
Población económicamente activa	18.410	18.821	19.341	19.291	19.351	19.268	19.238	19.687	21.002	21.841	22.506	23.156	23.857
Ocupados	15.628	15.897	16.618	16.695	17.063	16.954	17.092	17.478	18.486	19.279	20.077	20.766	21.112
% Ocupados	84,9%	84,5%	85,9%	86,5%	88,2%	88,0%	88,8%	88,8%	88,0%	88,3%	89,2%	89,7%	90,4%
Desocupados	2.782	2.924	2.723	2.596	2.288	2.315	2.146	2.209	2.516	2.562	2.429	2.390	2.246
% Desocupados	15,1%	15,5%	14,1%	13,5%	11,8%	12,0%	11,2%	11,2%	12,0%	11,7%	10,8%	10,3%	9,6%
Abiertos	2.537	2.674	2.509	2.378	2.109	2.028	1.942	2.045	2.341	2.364	2.241	2.224	2.085
Ocultos	245	250	214	218	179	287	204	164	175	197	189	166	161.089
Inactivos	11.030	11.441	11.476	12.087	12.586	13.208	13.801	13.910	13.153	12.865	12.742	12.625	12.949
Subempleados	5.747	6.457	6.242	6.096	6.138	6.580	6.747	5.740	6.282	7.195	7.152	7.545	7.332
Insuficiencia de horas	2.593	2.657	2.501	2.469	2.234	2.287	1.979	1.667	1.929	2.312	2.334	2.574	2.547
Empleo inadecuado por competencias	561	547	607	614	630	2.024	3.554	3.055	3.121	3.689	3.748	3.947	3.945
Empleo inadecuado por ingresos	4.626	5.266	5.089	4.962	5.082	5.661	6.014	5.089	5.520	6.281	6.245	6.538	6.277

FUENTE: DANE. Información estadística. Gran Encuesta integrada de hogares. Disponible en: [http://buscador.dane.gov.co/search?q=promedio+anual+de+poblacion+en+edad+de+trabajar&btnG.x=0&btnG.y=0&client=DANE_FrontEnd&output=xml_no_dtd&proxystylesheet=DANE_FrontEnd&proxylayout=1&sort=date%3AD%3A%3Ad1&oe=UTF-8&ie=UTF-8&ud=1&exclude_apps=1&site=danegovco&getfields="&filter=0](http://buscador.dane.gov.co/search?q=promedio+anual+de+poblacion+en+edad+de+trabajar&btnG.x=0&btnG.y=0&client=DANE_FrontEnd&output=xml_no_dtd&proxystylesheet=DANE_FrontEnd&proxylayout=1&sort=date%3AD%3A%3Ad1&oe=UTF-8&ie=UTF-8&ud=1&exclude_apps=1&site=danegovco&getfields=). Consultado 1 mayo 2015