



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Análisis de política: el proceso de formulación del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, 1993-2010

Alberto Martínez

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Doctorado Interfacultades en Salud Pública
Bogotá, Colombia

2015

Análisis de política: el proceso de formulación del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, 1993-2010

Alberto Martínez

Tesis de investigación presentada como requisito parcial para optar al título de:

Doctor en Salud Pública

Director:

Ph.D. André-Noël Roth Deubel

Codirector:

Ph.D. Mario Esteban Hernández Álvarez

Línea de Investigación:

Políticas y sistemas de salud

Grupo de Investigación:

Análisis de las políticas públicas y de la gestión pública

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Doctorado Interfacultades en Salud Pública

Bogotá, Colombia

2015

Agradecimientos

El autor expresa sus más sinceros agradecimientos a las siguientes personas e instituciones que hicieron posible la presente investigación. No obstante, los conceptos emitidos son de su exclusiva responsabilidad y no comprometen en nada a la Universidad Nacional de Colombia, al director y codirector de la misma, a los jurados del proyecto inicial y evaluación final, ni a quienes a continuación se mencionan. Por el contrario, al autor solo le quedan manifestaciones de gratitud por sus diversos aportes que contribuyeron a enriquecer este trabajo.

A los doctores Raúl Madriñán, Oscar Chaparro, Luis Eduardo Ordoñez y Carlos Mora, que como decanos en sus respectivos momentos de la Facultad de Ingeniería y Administración de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Palmira, otorgaron la Comisión Especial de Estudios y las sucesivas renovaciones hasta la culminación exitosa de la misma. Al profesor Camilo Álvarez como Vicedecano de la administración del doctor Madriñán por su apoyo en la gestión de este proceso.

A los doctores André Noël Roth y Mario Hernández, quienes como director y codirector, respectivamente, orientaron con paciencia, sabiduría y experiencia el presente trabajo.

A los doctores Gloria Molina de la Universidad de Antioquia, Nelson Alvis de la Universidad de Cartagena y Oliva López Arellano de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco de México por sus invaluable aportes como jurados de la tesis. De esta última universidad también agradece a los doctores Asa Cristina Laurell y Edgar Jarillo del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, en donde el autor tuvo la oportunidad de realizar su pasantía y recibir de ellos sus importantes aportes en los escenarios en los que el proyecto de tesis fue presentado. A la doctora Oliva además por su paciente, sabia y permanente orientación al fungir como tutora de la pasantía del autor.

Al profesor Luis Eduardo Orobio, catedrático de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Palmira, por su labor de asesoría en el tratamiento estadístico y comentarios en el trabajo de investigación.

A los hijos Didier Fernando y Andrés Johan por sus observaciones y colaboración en las labores operativas.

A los profesores, compañeros del Doctorado en Salud Pública, y del seminario de investigación Estudios Sociohistóricos de la Salud y la Protección Social de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, de quienes el autor recibió igualmente valiosos aportes que contribuyeron a consolidar el presente trabajo. Especial gratitud con Deysi Arrubla por sus aportes en la revisión del documento final.

Al Doctor Wilson Adarme, líder del grupo intersedes Sociedad, Economía y Productividad (SEPRO), de la Universidad Nacional de Colombia, por poner a disposición del autor de la presente investigación su cualificado equipo de trabajo en las labores operativas cuando se requirió.

A los 85 estudiantes del autor de los cursos de Administración Pública y Gestión Pública comprendidos entre el primer semestre de 2013 y segundo semestre de 2014, quienes colaboraron en las actividades de codificación y sistematización de la información.

A Wilder Agudelo de la biblioteca de la Sede Palmira, por su acompañamiento en el manejo de la plantilla diseñada por la Universidad para este tipo de trabajos. Finalmente, a la señora Sandra Arango, secretaria del Departamento de Ciencias Sociales, por su paciente labor de servicios administrativos.

Resumen

La investigación parte del reconocimiento de que los problemas relacionados con los contenidos, actualizaciones y modificaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS) no corresponden necesariamente a un problema técnico, sino que se encuentran en el centro de intensos debates políticos, que trasciende la esfera de lo puramente médico. Por esta razón, a partir del enfoque de las Coaliciones Promotoras (CP), el Institucionalismo Histórico (HI) y la Sociología Histórica (SH), la investigación se propuso establecer la forma como influyen los actores (sociales, económicos y políticos) de las CP en la definición de las políticas públicas que determinan la formulación y actualización del POS en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia.

Se encontró que los procesos y debates sobre la actualización del POS se inscribieron en la fundamentación ideológica neoliberal y la aplicación de los principios económicos neoclásicos que se aplicaron a nivel más general en la reforma del SGSSS que inspiraron la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007 y demás decretos reglamentarios. Fue notorio de esta manera, el dominio de la coalición que concibe la salud como factor económico y el interés por la sostenibilidad financiera del sistema, así como la interposición del interés privado por encima de los derechos de las personas.

Palabras clave: Plan Obligatorio de Salud, coaliciones promotoras, institucionalismo histórico, sociología histórica, análisis de contenido.

Abstract

The investigation stems from the recognition that the problems related to the content, updates and modifications to the Mandatory Health Plan (MHP) does not necessarily correspond to a technical problem, but is in the center of intense political debate that transcends the sphere of purely medical. Therefore, effective approach Advocacy Coalition Coalitions (AC), Historical Institutionalism (HI) and Historical Sociology (SH), the investigation sought to establish how actors (social, economic and political) of influence AC in the definition of public policies that determine the formulation and updating of MHP in the General System of Social Security Health (GSSSH) in Colombia.

We found that the processes and debates about upgrading MHP enrolled in the neoliberal ideological foundation and application of neoclassical economic principles applied more generally in GSSSH that inspired reform of Law 100 of 1993, the 1122 Le 2007 and other regulatory decrees. It was noticeable in this way, the domain of the coalition that sees health as an economic factor and the interest for the financial sustainability of the system and bringing the private interests above the rights of individuals.

Keywords: Mandatory Health Plan, Advocacy Coalition, historical institutionalism, historical sociology and content analysis

Contenido

	Pág.
Resumen	VII
Lista de figuras.....	XII
Lista de tablas	XIII
Lista de Símbolos y abreviaturas.....	XIV
Introducción	1
1 Planteamiento del problema.....	1
1.1 Antecedentes del problema.....	1
1.2 Justificación de la investigación.....	5
1.3 Periodización.....	8
1.4 Pregunta de investigación	11
1.5 Objetivos de la investigación	12
1.6 Alcance de la investigación	12
1.7 Criterios éticos y consentimiento informado	13
2 Marco teórico y conceptual	15
2.1 Los diferentes enfoques para el análisis de las políticas públicas	15
2.2 Aproximaciones teóricas desde la salud pública	22
2.3 La propuesta de un enfoque integrador para el análisis de la política del POS	26
2.3.1 El Marco de las Coaliciones Promotoras (<i>Advocacy Coalition Framework</i>)....	26
2.3.2 El Institucionalismo histórico	34
2.3.3 La Sociología histórica.....	38
2.3.4 El análisis de contenido como complemento del enfoque teórico- metodológico.....	40
3 Método de investigación.....	43
3.1 Tipo de investigación.....	43
3.2 Diseño de la investigación.....	43
3.3 Fuentes de información y banco documental	44
3.4 Método de investigación y técnicas	44
3.4.1 Procedimiento del análisis de contenido	45
3.4.2 Análisis estadístico	51
4 Configuración institucional en el proceso de definición y actualización del POS	55
4.1 Coyuntura crítica Ley 100/93.....	55

X	Análisis de política: el proceso de formulación del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, 1993-2010	
4.2	Coyuntura Crítica Ley 1122/07.....	62
4.3	Coyuntura crítica Sentencia T-760/08.....	64
4.4	Coyuntura crítica Emergencia Social/09	67
4.5	El Plan Obligatorio de Salud, más que un asunto técnico	71
5	Presentación de los actores y sus discursos.....	83
5.1	Los actores encargados de la definición, formulación y actualización del POS.....	83
5.2	Los actores con representación en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	87
5.3	Los gremios, academias y asociaciones médicas	102
5.4	Las universidades, organizaciones sociales y centros de investigación	110
5.5	Las comisiones séptimas de Cámara de Representantes y Senado y partidos políticos	111
5.6	Los organismos de control e instancias judiciales	119
5.7	Los medios de comunicación y formadores de opinión	124
5.8	Trayectoria de los miembros del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y la Comisión de Regulación en Salud (CRES).....	126
6	Estructura y proceso de cambio del subsistema de política del POS	135
6.1	Cumplimiento de supuestos del subsistema de política del POS (SPPOS).....	135
6.2	Mediadores de política.....	139
6.3	Factores de cambio de política	144
6.4	La relevancia de los discursos por ámbito de actuación y coyunturas críticas	145
6.4.1	Definición de categorías	145
6.4.2	El dominio del discurso de salud como factor económico.....	150
6.5	La conformación de las coaliciones a partir de los discursos y la posición política	155
6.5.1	A manera de resumen.....	155
6.5.2	Los resultados estadísticos	159
6.6	Los recursos y las propuestas de las coaliciones.....	179
7	Régimen político y proceso de decisión del POS.....	185
7.1	El papel de los organismos internacionales en las políticas de salud.....	186
7.2	Contexto sociopolítico de la adopción de la Ley 100 de 1993	187
7.3	La propuesta de la Agenda del Banco Mundial y el caso colombiano	189
7.4	El debilitamiento del CNSSS y la CRES en el gobierno de Álvaro Uribe	192
8	Conclusiones y discusión.....	196
A.	Anexo: Prueba de confiabilidad y validez del análisis multidimensional (Periodo general)	206
B.	Anexo: Prueba de confiabilidad y validez del análisis de correspondencias múltiples (Periodo general).....	209
	Posición que apoya.....	209
	Posición que no apoya.....	210
C.	Anexo: Mapas perceptuales actores externos al CNSSS/CRES.....	213
	C-1: Ley 100-93	214
	C-2 Ley 1122-07	215
	C-3: Sentencia T-760-08.....	216
	C-4: Emergencia social – 09	217

D. Mapas perceptuales actores CNSSS/CRES.....	219
D-1: Ley 100-93	220
D-2: Ley 1122-07.....	221
D-3: Sentencia T-760-08	222
D-4: Emergencia social – 09	223
E. Aspectos de apoyo/oposición actores externos al CNSSS/CRES.....	225
E-1: Ley 100-93.....	225
E-2: Ley 1122-07.....	226
E-3. Sentencia T-760-08	227
E-4. Emergencia social-09	228
F. Aspectos de apoyo/oposición actores CNSSS/CRES	229
F-1. Ley 100-93.....	230
F-2. Ley 1122-07.....	231
F-3. Sentencia T-760-08.....	232
F-4. Ley emergencia social-09	233
G. Razones de apoyo/oposición actores externos al CNSSS/CRES	235
G-1: Ley 100-93	236
G-2. Ley 1122-07	237
G-3. Sentencia T-760-08	238
G-4. Emergencia social- 09	239
H. Recursos/propuestas actores externos al CNSSS/CRES.....	241
H-1. Ley 100-93	241
H-2. Ley 1122-07.....	242
H-3. Sentencia T-760-08	243
H-4. Emergencia social-09	244
I. Recursos/propuestas actores CNSSS/CRES	245
I-1. Ley 100-93	245
I-2. Ley 1122-07	246
I-3. Sentencia T-760-08.....	247
I-4. Emergencia social-09.....	248
Bibliografía	249

Lista de figuras

	Pág.
Figura 2-1 El modelo <i>Advocacy Coalition</i>	34
Figura 3-1. Método general del análisis de contenido para la identificación de las coaliciones, la posición política, las razones de apoyo u oposición, recursos y propuestas	48
Figura 3-2 Proceso de codificación y elaboración de categorías	49
Figura 3-3 Mapa perceptual de objetos	52
Figura 6-1 Clasificación de discursos de los actores: periodo general.....	155
Figura 6-2 Mapas perceptuales: Análisis general de actores externos al CNSSS/CRES	165
Figura 6-3 Mapas perceptuales: Análisis general CNSSS / CRES	168

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 3-1 Matriz del proceso de codificación.	50
Tabla 4-1 Actualización y aclaración al POS-S y POS-C, 1994-2010.....	73
Tabla 5-1 Miembros del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y estudios realizados, 1994-2010.....	130
Tabla 5-2 Miembros del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y cargos anteriores, 1994-2010	131
Tabla 5-3 Miembros de la Comisión de Regulación en Salud y cargos anteriores, 2009-2010	133
Tabla 6-1. Sistema de valores y políticas del POS.....	139
Tabla 6-2. Resumen conformación de coaliciones por periodos según mapas perceptuales.....	160
Tabla 6-3. Resumen mapas perceptuales: discursos, coaliciones, y posiciones políticas altamente definidos, por actores y periodos	162
Tabla 6-4 Coaliciones de actores externos al CNSSS-CRES, General: Aspectos de apoyo / oposición	172
Tabla 6-5 Coaliciones del CNSSS-CRES, General: Aspectos de apoyo / oposición	177
Tabla 6-6 Razones interpuestas por coaliciones: actores externos al CNSSS-CRES (General).....	179
Tabla 6-7 Recursos / Propuestas interpuestas por coaliciones: actores externos al CNSSS-CRES (General).....	181
Tabla 6-8 Recursos/Propuestas interpuestas por coaliciones: CNSSS-CRES (General)	184

Lista de Símbolos y abreviaturas

Abreviatura	Término
ACEMI	Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral
ACHC	Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.
ACOPEL	Asociación Colombiana de Enfermedades de Deposito Lisosomal.
ACOPI	Asociación de Pequeñas y Medianas Empresas.
ANDI	Asociación Nacional de Industriales.
ANEC	Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia.
ANTHOC	Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud, Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios de Colombia.
ARS	Administradoras del Régimen Subsidiado.
ASCOFAME	Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.
ASMEDAS	Asociación Médica Sindical de Colombia.
ASOCAJAS	Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar.
ASSALUD	Asociación de Prestadores de Servicios y Suministros de Salud.
ASSOSALUD	Asociación Nacional de Profesionales de la Salud.
AUC	Autodefensas Unidas de Colombia.
BID	Banco Interamericano de Desarrollo.
BM	Banco Mundial.
CENDEX	Centro de Proyectos para el Desarrollo.
CES	Universidad CES
CGH	Centro de Gestión Hospitalaria.
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
COLCIENCIAS	Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación.
COMFAMA	Caja de Compensación Familiar de Antioquia.
CONAMEG	Colegio Nacional de Médicos Generales de Colombia.
COSESAM	Corporación Colombiana de Secretarios Municipales y Distritales de Salud.
CRES	Comisión de Regulación en salud.
CSTS	Confederación Sindical de Trabajadores de Colombia.
CTC	Confederación de Trabajadores de Colombia.
CUT	Central Unitaria de Trabajadores de Colombia.
DNP	Departamento Nacional de Planeación.
ELN	Ejército de Liberación Nacional.
EPS	Entidades Promotora de Salud.
ESES	Empresa Sociales del Estado.
FARC	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia.

FECODE	Federación Colombiana de Educadores.
FEDESALUD	Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social.
FEDESARROLL	Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo.
O	
FENALCO	Federación Nacional de Comerciantes.
FMC	Federación Médica Colombiana.
FMI	Fondo Monetario Internacional.
FNSG	Fondo Nacional de Solidaridad y Garantía.
FOCOS	Fondo Territorial Colombia para Salud.
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
GES	Grupo de Economía de la Salud.
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
ISS	Instituto de Seguros Sociales.
OISS	Organización Iberoamericana de Seguridad Social.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PAB	Plan de Atención Básico.
PDA	Polo Democrático Alternativo.
POS	Plan Obligatorio de Salud.
SGSSS	Sistema General De Seguridad Social en Salud.
SIC	Superintendencia de Industria y Comercio.
SINTRA ISS	Sindicato de Trabajadores del Instituto de Seguros Sociales
SISBEN	Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales
SNS	Sistema Nacional de Salud.
SUPERSALUD	Superintendencia Nacional de Salud.
UP	Unión Patriótica.
UPC	Unidad de Pago por Capitación.
UTC	Unión de Trabajadores de Colombia.

Introducción

En Colombia, con el advenimiento de las leyes 10 y 50 de 1990, y los decretos de modernización del Estado, se dio inicio a un proceso de transformación importante de la protección social mediante el cual se reorganizó y descentralizó el entonces Sistema Nacional de Salud (SNS). Tanto la apertura económica como las modificaciones en el régimen laboral y la seguridad social, contribuyeron a la privatización y mercantilización de lo social. La adopción de la seguridad social y la salud como un servicio público y no como un derecho¹, resultante de los debates de la Asamblea Nacional Constituyente, pusieron en evidencia la continuidad de las hegemonías políticas de las fuerzas tradicionales y la tecnocracia. Este hecho se constituyó en un paso fundamental para el inicio de un conjunto de reformas neoliberales, una de las cuales es la Ley 100 de 1993 (Vega, 2010).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado en 1993, siguió los postulados neoliberales enfocados a la búsqueda de mecanismos de mercado, los cuales generaron cambios a nivel institucional y presupuestal, al igual que nuevas dinámicas en la correlación de fuerzas entre los actores que conformaban el sistema. Los problemas relacionados con la baja cobertura, los aspectos financieros, la centralización y la

¹ A este respecto vale la pena hacer una precisión: a nivel económico, la característica básica de los bienes públicos o bienes públicos puros es el cumplimiento de dos principios: i) no exclusividad, según el cual no se puede impedir el usufructo por usuarios potenciales o reales y, ii) no rivalidad, es decir que el uso por una persona en particular no impide ni perjudica el uso simultáneo por otra. No obstante, desde el punto de vista jurídico, el concepto de bien o servicio público sería aquel perteneciente o provisto por el Estado, y en tal sentido, no sería excluyente del derecho. Pero como lo plantea Gañan (2010, pág. IX), con relación al POS, a pesar de todos los desarrollos jurídicos que en la materia se han dado con frecuencia, el derecho a la salud no satisface todavía a sus titulares por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), o por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS). Un indicador de esta falta de satisfacción del derecho a la salud es el gran número de sentencias de revisión de acciones de tutela que por más de quince años han dado cuenta de los conflictos administrativos, económicos y jurídicos presentados en la aplicación del SGSSS con respecto al POS del Régimen Contributivo.

fragmentación de los servicios sirvieron como justificación para llevar a cabo tales reformas (Uribe, 2009).

Uno de los aspectos de mayor controversia en la implementación de la reforma del SGSSS ha sido la definición del Plan Obligatorio de Salud, entendido básicamente como un paquete mínimo de beneficios estándar. Aún desde uno de sus referentes teóricos como la competencia regulada, su determinación presenta bastantes críticas relacionadas, por ejemplo, con los incentivos de los aseguradores y proveedores, los atributos de los mismos planes, la competencia entre los diferentes actores, los costos sociales y, desde luego, sus implicaciones éticas, entre otras. En este contexto, la presente investigación se propuso estudiar el complejo proceso de cambio de las políticas públicas asociadas a la implementación y actualización del Plan Obligatorio de Salud entre 1993 y 2010 desde un análisis político de la correlación de fuerzas.

La justificación de la investigación estuvo dada por el reconocimiento de que los problemas relacionados con los contenidos, actualizaciones y modificaciones del POS, no eran necesariamente de carácter técnico sino que se encontraban en el centro de intensos debates políticos. Esta situación trascendía la esfera de lo puramente médico y se constituía en un tema de gran importancia para las preocupaciones que interesan hoy a la salud pública, que como campo de conocimiento interdisciplinario, está en la búsqueda permanente de explicaciones, respuestas y soluciones sobre el bienestar colectivo de la población.

Con base en la revisión bibliográfica previa sobre el estudio de las políticas públicas en general, y de las políticas de salud en particular, se consideraron las ventajas y limitaciones de los diferentes enfoques teóricos analizados de acuerdo a los objetivos del presente trabajo. De esta manera, se optó por el enfoque del Marco de las Coaliciones Promotoras (MCP), como referente principal y se complementó con otras investigaciones que han abordado el estudio de la reforma del campo de la salud desde perspectivas como el Institucionalismo Histórico (IH) y la Sociología Histórica (SH) en el mismo periodo de esta investigación. La recurrencia a los dos primeros enfoques, tuvo como fin establecer la interrelación entre las configuraciones institucionales y las coaliciones promotoras en el proceso de definición y actualización del POS. Con el tercero, se quiso identificar el papel

del conocimiento científico como fuente de poder en el SGSSS en general, y del POS en particular.

El marco interpretativo-explicativo aquí abordado permitió observar la complejidad económica, política y social en el proceso de definición y actualización del POS en el que tuvo lugar la correlación de fuerzas entre los diferentes actores sociales con sus intereses particulares y las coaliciones promotoras (CP) para mantener sus proyectos políticos.

Como se podrá observar más adelante, la configuración del subsistema de política del POS (SPPOS) se caracterizó por la interacción de los diversos actores quienes a partir de sus propios referentes cognitivos e intereses, pretendieron en todo momento incidir en las políticas públicas, y cuya correlación de fuerzas presentó modificaciones a través del tiempo. En el contexto de las reformas iniciadas desde los años noventa, se creó el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), la Comisión de Regulación en Salud (CRES), las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las asociaciones de usuarios, el Fondo de Seguridad y Garantías (FOSYGA), al tiempo que se reestructuró el papel de la Superintendencia Nacional de Salud.

El análisis se centró en dos ámbitos: i) actores del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y Comisión de Regulación en Salud (CRES) y, ii) actores externos al CNSSS/CRES. En el primer caso, se analizaron las actas, acuerdos e informes en los que se llevaron a cabo las actualizaciones y aclaraciones del POS como punto de partida para la identificación de las Coaliciones Promotoras (CP) dentro del subsistema de política del mismo. El CNSSS, como espacio de “concertación” entre los diferentes actores sociales en tal definición, permitió comprender las correlaciones de fuerza y de poder que se dieron en este proceso. En el segundo caso, la investigación se subdividió a su vez en dos partes. Para el análisis del Congreso de la República y los partidos políticos, se revisaron las gacetas y actas de las comisiones séptimas de Cámara y Senado de la República cuando se discutían los proyectos de Ley 155/92 y 02/06, que entre otros, dieron origen a las leyes 100/93 y 1122/07, respectivamente. Para los demás actores, que incluían las Empresas Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), organismos de control, gremios médicos, asociaciones de pacientes, académicos y movimientos sociales,

entre otros, se llevaron a cabo revisiones de publicaciones en prensa, particularmente del periódico El Pulso, especializado en temas del campo de la salud.

Se anticipa que en las cuatro coyunturas críticas analizadas (Ley 100/93, Ley 1122/07, Sentencia T-760/08 y, declaratoria de la Emergencia Social/09) y en los dos ámbitos de actuación, la única coalición claramente definible, especialmente por sus posiciones políticas, recursos, razones y propuestas es la de *salud como factor económico*. La coalición de *salud como derecho* tiene presencia únicamente en actores externos al CNSSS/CRES, pero es medianamente definible, especialmente por su carácter de oposición política a muchas de las propuestas que desconocen la salud como derecho humano fundamental. La coalición de *inclusiones y exclusiones*, únicamente tiene lugar en el CNSSS/CRES (excepto durante la Ley 100 en actores externos al CNSSS/CRES), pero no está claramente definible como tal, y obedece más a sus posiciones respecto a criterios económicos, políticos o éticos en relación a las inclusiones o exclusiones de ciertas intervenciones y/o medicamentos.

El presente trabajo está dividido en ocho partes. En la primera, se describe el planteamiento del problema en la que se especifica los antecedentes del problema, la justificación de la investigación, la periodización (coyunturas críticas), así como los objetivos, alcance, criterios éticos y el consentimiento informado. En la segunda, se describe el marco teórico y conceptual en la que se hace una aproximación desde los diferentes enfoques, los modelos teóricos para el estudio de las políticas públicas y las aproximaciones desde la salud pública. Posterior a esta revisión, se asume un enfoque integrador que combina las Coaliciones Defensoras (CD), el Institucionalismo Histórico (IH) y la Sociología Histórica (SH). En la tercera, se describe el tipo, el diseño, las fuentes y las técnicas de investigación. En la cuarta, se establece la configuración institucional en el proceso de definición y actualización del POS en cada una de las coyunturas críticas. En la quinta, se hace una presentación de los actores y sus discursos en los dos ámbitos de actuación y las trayectorias de los miembros del CNSSS/CRES. En la sexta, se describe la estructura y el proceso de cambio del subsistema de política del POS (SPPOS), en la que se establece el cumplimiento de los supuestos del mismo, el surgimiento de los posibles mediadores y los factores de cambio de política. Igualmente, hace alusión a la relevancia de los discursos por ámbito de actuación y coyunturas críticas, así como a la conformación de las coaliciones, las posiciones políticas, las razones de tales posiciones,

los recursos y las propuestas de cada una de ellas. En la séptima, se hace un acercamiento al régimen político y al proceso de definición del POS. Finalmente, en la octava, se presentan las conclusiones y discusiones con base en el trabajo investigativo.

1 Planteamiento del problema

1.1 Antecedentes del problema

Para Restrepo (2001), las reformas del sector salud en Colombia a comienzos de los 90, además de estar motivadas por los programas de ajuste macroeconómico y la apertura de la economía, también fueron alimentadas por el análisis al que fue sometido el propio sector. Con respecto a este último, se estudiaba la conveniencia, dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS), de mantener las tres modalidades de asignación de recursos y de organización de la provisión de los servicios, la factibilidad financiera en la búsqueda de una cobertura universal y, la precariedad de los resultados obtenidos hasta ese momento.² La coexistencia de estos tres subsistemas (seguridad social, asistencia pública y sector privado) implicaba la adopción de criterios diferentes para la asignación de recursos de los servicios de salud. En el caso del subsistema privado, los mismos provenían del poder de compra; los del subsistema de la seguridad social, de su condición de trabajadores formales y; los del subsistema público, de la necesidad de atención de la pobreza (aunque también de la necesidad de legitimidad del Estado, entre otras razones). Se consideraba entonces que tal desigualdad en la asignación de los recursos, la variada organización de los servicios, dirigidos a grupos poblacionales diferentes y la existencia de una gran cantidad de personas por fuera del sistema, reflejaban no solo una profunda desigualdad, sino que continuamente la reforzaba.³

² Los tres subsectores que surgieron durante el siglo XX fueron el de seguridad social, el de asistencia pública para pobres y el privado. En el primero, aportaban empleadores y trabajadores tanto del sector privado (ISS) como del sector público (Caja Nacional de Previsión y cerca de mil cajas más); el segundo, estaba constituido por la red pública hospitalaria; y el tercero, guiado por un régimen de demanda. Con el diseño del Sistema Nacional de Salud, se tuvo el primer intento para unificar a través de normas técnicas y la integración funcional de las tres instituciones, estos tres subsistemas (Restrepo M. , 2001).

³Precisamente algunas de estas críticas tienen que ver con las señaladas por Londoño y Frenk (1997), en su proyecto del "Pluralismo estructurado" al revisar los cuatro modelos existentes para América Latina (el público unificado, el privado atomizado, el del contrato público y el segmentado).

Los intentos de integración funcional de los tres subsistemas a partir de la creación del Sistema Nacional de Salud Pública en 1975, que implicaba la coordinación, compatibilización y esfuerzo intergerencial con miras a optimizar y mejorar la eficiencia de las instituciones, resultaron infructuosos por la fragilidad de sus compromisos, así como por la dificultad de articular instituciones tan diversas y variadas fuentes de financiación. De esta manera, los tres subsectores continuaron avanzando cada uno por su lado según sus posibilidades con plena autonomía, generando serios desequilibrios e inequidades (Hernández M, Obregón D, Miranda N, et.al, 2002). Con respecto a la financiación, por ejemplo, la atención en salud de las instituciones de seguridad social durante la década de los 80, creció, en términos reales, a una tasa promedio anual de 1,5%, que contrastó con el -2,5% que experimentaron las entidades adscritas al Ministerio de Salud. Por su parte, del total de recursos que se destinaron a la prestación de servicios de salud, el 61% financió la atención al 16% de la población, la cual estaba afiliada a las instituciones de seguridad social (Departamento Nacional de Planeación [DNP], 1987).

Con respecto al plan de beneficios, el SNS no tenía un paquete explícito de los mismos, sino servicios abiertos según cada subsector y limitaciones según los recursos disponibles, lo que obligaba a la población a buscar en los tres subsectores con lo cual se generaba un elevado gasto de bolsillo. En el Instituto de Seguros Sociales (ISS) tal paquete de beneficios, según lo contemplado en el Decreto 1650/77, era más un conjunto de bienes y servicios que éste contrataba con prestadores privados pero no constituía en ningún momento un eferente del derecho. Se asumía entonces que el ISS respondería según la necesidad del paciente. Incluso en las demás instituciones de seguridad social, a pesar de la desigualdad entre ellas, se consideraba que no había un paquete de servicios explícito

El "Pluralismo estructurado" pretende alcanzar los principios equilibrados de eficiencia, calidad y equidad que no se habían logrado con los modelos pre-existentes. Sus proponentes lo consideran un modelo centrista, pragmático y sistémico que evita los inconvenientes de los postulados extremos, en la medida en que intenta encontrar un equilibrio justo entre los intereses de todos los actores. Se pretende con él una integración horizontal progresiva de las poblaciones heterogéneas en un sistema pluralista organizado por funciones, en la que la modulación se convierte en la responsabilidad pública fundamental, centrada en el desarrollo de reglas de juego justas. Su propuesta es entonces un punto intermedio entre el Estado y el mercado. Sin embargo, a pesar de estas críticas no se puede afirmar que este modelo fuera el origen de la reforma colombiana.

al que se tenía derecho, sino simplemente una capacidad de respuesta limitada por la cantidad de recursos disponibles. Por eso, la gente combinaba todos los subsectores: oficial (asistencia pública), seguridad social y privado.

Con el advenimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en los años 90 y la introducción del modelo de aseguramiento universal, la relación Plan Obligatorio de Salud (POS) y Unidad de pago por Capitación (UPC), se constituyeron en el eje del sistema. Éste puede describirse de la siguiente manera (Restrepo M. , 2001); (Yepes, Ramírez, Sánchez, Ramírez, & Jaramillo, 2010): todas las personas están obligadas a afiliarse a una Empresa Promotora de Salud (EPS) que puede elegir libremente. La financiación proviene de recursos parafiscales (cotización obligatoria como porcentaje del ingreso o del salario), fiscales (impuestos con destinación específica que se asignan como subsidio a la demanda para personas con demostración de pobreza según encuesta, particularmente para las clasificadas en los niveles 1 y 2 del SISBEN) y, recursos del Sistema Nacional de Participación⁴. Cada afiliado se hace acreedor, lo mismo que su familia, a un plan de beneficios (Plan Obligatorio de Salud)⁵. La relación entre el afiliado al sistema y los servicios definidos en el plan se hace por medio del pago de los fondos públicos a los “articuladores” llamados EPS a través de la UPC. Por esta razón la viabilidad financiera del sistema depende del equilibrio POS-UPC. Los recursos fiscales que corresponden al Régimen Subsidiado (RS) son transferidos por la nación a los municipios, mientras que los recursos de solidaridad provenientes del Régimen Contributivo (RC) van para el Fosyga, quien a su turno los transfiere a los municipios. Estos últimos a su vez, los entregan por contratación a los articuladores. Con relación al Régimen Contributivo (RC),

⁴Los subsidios se otorgan vía demanda, en concordancia con la libertad de elección que cada individuo pueda ejercer en relación con la EPS, de tal manera que con ello los recursos fluyan hacia el usuario.

⁵ De manera explícita la Ley plantea la meta de ofrecer a toda la población el mismo POS, pero acepta un periodo de transición en el cual el POS subsidiado (POS-S) es menor que el POS contributivo (POS-C). Hasta 2010, el POS-S cubre totalmente los eventos de primero y cuarto nivel de complejidad y, solo parcialmente, un grupo de eventos de segundo y tercer nivel. La UPC subsidiada equivale a un 60% de la contributiva, mientras que la UPC de los subsidios parciales equivale a un 40%. Sin embargo, la Sentencia T-760/2008 de la Corte Constitucional ha ordenado la igualación de los dos regímenes en diciembre de 2010. Esta Sentencia señala que el derecho a la salud es un derecho fundamental autónomo, luego de un análisis con la finalidad de garantizar el goce universal, equitativo y efectivo del derecho a la salud, a pesar de no estar dentro del capítulo de los derechos fundamentales de la Constitución Política. Este pronunciamiento aunque ha tenido gran aceptación social, ha generado algunas inquietudes de parte del gobierno nacional argumentando su inviabilidad financiera.

los pagos de los afiliados son recaudados por las EPS pero pertenecen al Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga). A su vez, por cada afiliado cada EPS recibe de este organismo una suma fija de dinero que cubre el costo promedio del POS, llamada Unidad de Pago por Capitación (UPC). El Fosyga tiene como objeto llevar a cabo la compensación entre personas con distintos ingresos y riesgos, administrar la solidaridad entre los que contribuyen y los pobres, cubrir determinados riesgos derivados de eventos catastróficos y de los accidentes de tránsito.⁶ Las EPS por su parte, tienen entre sus funciones afiliar a las personas, recaudar las cotizaciones, así como organizar y administrar la prestación de los servicios contemplados en el POS. Aunque el modelo proponía una independencia entre la administración de los recursos y la prestación, las EPS llevaron a cabo integración vertical lo cual generó crisis en la prestación, especialmente en los públicos.

Por disposición de la misma norma establecida en el artículo 162 de la Ley 100/93 el POS para los afiliados cotizantes del Régimen Contributivo que definiría el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) sería el contemplado por el Decreto Ley 1650/77⁷ y sus reglamentaciones, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica. Con relación al régimen subsidiado (POS-S) la norma contemplaba un periodo de transición en el que el plan de beneficios era menor al del régimen contributivo.

Contrario al carácter aparentemente técnico que tendría el proceso de definición y actualización del POS que incluiría el cálculo costo-beneficio, el equilibrio financiero POS-UPC y, la sostenibilidad financiera de largo plazo, entre otros, tal proceso se constituyó en

⁶ En el interior mismo del RC existe una primera forma de solidaridad en la que cada EPS recauda las contribuciones y de su monto toma el valor correspondiente a una UPC, de tal manera que si una vez hecho esto, sobran recursos, éstos serán trasladados a la cuenta de compensación del Fosyga. Si por el contrario, lo recaudado es inferior a una UPC, entonces la EPS recibirá los recursos de compensación necesarios. De esta manera, todas las aseguradoras operan con el mismo presupuesto per cápita, independientemente de la capacidad adquisitiva de sus cotizantes. Este aspecto se conoce como “subsidios cruzados” de ricos a pobres. La segunda forma de solidaridad ocurre del RC hacia el RS, según el cual el primero aporta 1,5% de su recaudo en cotizaciones para financiar la UPC del segundo. Este mecanismo solidario financia el 30% de la operación del seguro subsidiado que complementan el 70% de los recursos de origen fiscal (Yepes, Ramírez, Sánchez, Ramírez, & Jaramillo, 2010, pág. 18).

⁷Se retomó el plan de beneficios del Instituto de Seguros Sociales (ISS) y sus Decretos reglamentarios, como el Decreto 597/91 sobre el Manual de Tarifas, procedimientos e intervenciones y el Acuerdo 158 /80.

un asunto altamente político. El mismo involucró tensiones entre los diferentes actores del sistema y el Estado, lo mismo que presiones económicas, disputa territorial por presiones políticas y competencia de recursos en el orden territorial. También evidenció las confrontaciones ideológicas y legales sobre las garantías constitucionales del derecho a la salud dentro de un Estado Social de Derecho, por una parte, y los valores atribuidos al análisis técnico de la racionalidad del cálculo costo-beneficio, por la otra.

Desde la misma discusión del Proyecto de Ley 155/92 en el Senado de la República las cuestiones acerca de los contenidos y coberturas del plan de beneficios estuvieron en el centro del debate, aunque, valga decirlo, en este escenario no tuvo la misma profundidad ni atención que en el CNSSS/CRES y demás actores del sistema. El análisis de la correlación de fuerzas inscritas en este proceso dio lugar a una investigación de carácter interpretativo-explicativo como el que aquí se abordó.

1.2 Justificación de la investigación

Con el propósito de entender la situación anteriormente descrita, los intereses en juego, los conflictos, los periodos críticos y las coaliciones generadas en el proceso político de definición y actualización del POS, se recurrió al Marco de la Coaliciones Promotoras (MCP), como una forma de avanzar en la comprensión de tales contextos políticos. Como lo han señalado algunos autores (Ramilo, 2010; Sabatier, 1999; Sabatier & Jenkins-Smith, 1993; Sabatier & Weible, 2010), dentro del MCP es importante analizar el subsistema de política, más que estudiar el comportamiento de una institución concreta o un programa público determinado. Este subsistema estaría conformado por diversos actores tanto de entes públicos como privados con sistemas de creencias diferentes, involucrados en la actuación pública y que de manera regular intentan incidir en tales políticas. El papel del aprendizaje dentro de una coalición o entre coaliciones puede generar cambios en las políticas como producto de las modificaciones en el sistema de creencias, aunque, como lo señalan Sabatier y Henkin-Smith, tales aspectos suelen afectar únicamente los aspectos secundarios. Los cambios sustanciales, por su parte, pueden ser explicados por la influencia de variables exógenas al subsistema, particularmente cambios en el entorno físico o socioeconómico (Real, 2002).

Otra razón que justificó la recurrencia al MCP es la gran variedad de actores a analizar, que además de las instituciones públicas y los grupos de interés, incluye dos categorías de actores como son los de carácter i) multidisciplinar, entre los que se cuentan los académicos, los periodistas, los consultores, los analistas de políticas, etc, que desempeñan un papel importante en la generación, divulgación y evaluación de las ideas sobre las políticas y; ii) multinivel, que incluye todos los niveles del gobierno que participan en el proceso de definición e implementación de la política. Estas últimas, pueden producirse a partir de cambios importantes e innovaciones en los niveles regionales y locales, o también pueden estar alimentadas por cambios en el contexto internacional.

Por su parte, el institucionalismo histórico y la sociología histórica permitirían una comprensión amplia del marco institucional dentro del cual tuvo lugar la confrontación entre las diversas coaliciones. El primero, permite conceptualizar las relaciones entre las instituciones y el comportamiento individual en términos relativamente amplios y periodos de tiempo de largo plazo. Dentro de esta perspectiva se pone bastante atención a las asimetrías de poder derivadas de la acción y el desarrollo de las instituciones, las cuales son entendidas como una dependencia del sendero (*path dependence*), y de consecuencias imprevistas (Roth, 2007, pág. 38). De esta manera, al aproximarse a aspectos importantes, el institucionalismo histórico hace visibles y comprensibles procesos y contextos amplios que interactúan, dan forma y reforman los estado, así como del diseño de la política pública (Skocpol & Pierson, 2008).

De esta manera, el IH permite estudiar los fundamentos que pueden estar detrás de la puesta en marcha de una política pública, al igual que la manera como afectan los intereses políticos y sociales la elección de las políticas públicas. Igualmente se puede observar quiénes toman las decisiones y cuáles son las reglas para acceder a los puestos clave del gobierno.

El segundo, permite abordar desde las fuentes del poder social la forma como se construyen las redes socioespaciales de poder, las variaciones, los cambios o permanencias sociales como correlato de la configuración de las políticas (Morales, 2010, pág. 44).

Mann (1991), entiende la sociedad como múltiples redes socio-espaciales de poder que están superpuestas e interconectadas. Estas redes constituyen organizaciones y medios institucionales de alcanzar los objetivos perseguidos y se originan en fuentes de poder social, organizadas en cuatro tipos de acuerdo a la primacía entre ellas: ideológicas, económicas, militares y políticas.

Los cambios en la sociedad son resultado de la primacía de unas fuentes de poder social sobre las otras por su interacción en el tiempo. Esta situación establece cierta especificidad en la organización del conjunto de las redes de poder constitutivas de la sociedad particular. Tales cambios ocurren por los retos al predominio de poder que proviene de los intersticios entre las organizaciones donde los sujetos escapan a las fuentes del poder predominante.

Para el caso particular de esta investigación, permitió abordar el uso del conocimiento científico como una fuente de poder, por ejemplo, la medicina basada en la evidencia, el perfil epidemiológico y la estructura demográfica, entre otros. Este tipo de conocimiento fue esgrimido por los diferentes actores desde el momento mismo de la definición y posterior proceso de actualización del POS.

A nivel metodológico, además de los referentes propios de los tres desarrollos teóricos anteriores, la recurrencia al análisis de contenido se justificó en la medida en que permitió formular, a partir de los datos, inferencias reproducibles y válidas de la investigación. Éstas pudieron aplicarse al contexto específico del análisis de las coaliciones en el proceso de definición y actualización del POS.

De esta manera, siguiendo a Krippendorff (1980, 28), el análisis de contenido tomó la forma de una técnica objetiva, sistemática, exhaustiva, representativa, cualitativa y cuantitativa. Por lo mismo, con posibilidades de interpretación, a partir del trabajo con los materiales representativos. Se entiende por objetiva, en el sentido de que el empleo de procedimientos de análisis puede ser reproducibles por otras investigaciones, cuyos resultados obtenidos sean susceptibles de verificación por otros estudios distintos. Por sistemática, se quiere decir que la labor investigativa estuvo sujeta al análisis y a unas pautas objetivas determinadas. Exhaustiva, en el sentido de que, una vez definido su

objeto, no pudo olvidarse nada de él. Representativa, en la medida en que la selección de materiales y la presencia de categorías en los mismos, aparecen en número suficiente para justificar el recuento.

Es cualitativa, debido a que el trabajo estuvo orientado a la detección de la presencia y ausencia de las características del contenido e hizo recuento de datos secundarios referidos a fenómenos a los que siempre es posible hacer referencia. La alusión a cuantitativa, se refiere a la práctica, según la cual se midieron las frecuencias de aparición de ciertas características de contenido y la obtención de datos descriptivos por medio de un método estadístico.

En este último caso, se recurrió a los métodos de Escalamiento multidimensional, al análisis de correspondencias múltiples y, el análisis bidimensional por la utilidad que ofrecen para el escalamiento de datos cualitativos. El primer método, resultó fundamental para la elaboración de los mapas perceptuales como técnica que permitió identificar las diferentes coaliciones a partir de la percepción que sobre el POS plasmaron las mismas en los diferentes documentos analizados. Pueden mencionarse por ejemplo, las actas del CNSSS/CRES, las gacetas del Congreso de la República, los comunicados de prensa, los medios de comunicación, internet, etc.

El segundo método, permitió igualmente con la ayuda gráfica, establecer las posiciones políticas de apoyo u oposición de cada una de las coaliciones respecto a aspectos puntuales del POS. Entre ellos se pueden mencionar las propuestas de igualación de los planes de beneficios, la ampliación de la cobertura de los mismos, el carácter de la salud como derecho humano fundamental, la sostenibilidad financiera del sistema, etc. El análisis bidimensional por su parte, resultó fundamental para la elaboración de las tablas de frecuencias en las que se relacionaron las diferentes coaliciones con algunos aspectos en particular. Por ejemplo, las razones de la posición política para apoyar u oponerse a un aspecto específico del POS, recursos interpuestos para conseguir sus intereses y, sus respectivas propuestas para incidir en ellos, etc.

1.3 Periodización

En el proceso político de definición y actualización del POS interesaba estudiar los periodos (coyunturas críticas) más importantes en su desarrollo y las respectivas

coaliciones que participaron en el mismo, a través de la incorporación de temas de su interés en la agenda política. Consciente de que la Ley 100/93 aún sigue vigente, la investigación se subdividió en cuatro coyunturas críticas a partir de ciertos hitos que pudieron marcar cambios importantes en este proceso. En este sentido, se pretendió analizar las diferentes coaliciones, entre ellas, las conformadas en las comisiones séptimas de Cámara de Representantes y Senado, y en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS (y posteriormente en la Comisión de Regulación en Salud, CRES), que buscaron incidir en el proceso de actualización del POS.

De la misma manera, se tuvo en cuenta las coaliciones externas a las comisiones séptimas de Cámara de Representantes y Senado, así como del CNSSS, conformadas por diversos actores como Empresas Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), organismos de control de Estado, partidos políticos, organizaciones gremiales, asociaciones de usuarios, medios de comunicación, entre otros. Las coyunturas críticas fueron denominadas y delimitadas de la siguiente manera:

Coyuntura crítica Ley 100/93: esta coyuntura crítica cubre desde la discusión del Proyecto de Ley 155/92 Senado, 204/92 Cámara de Representantes, que originó la Ley 100/93, hasta el año 2006, etapa previa a la discusión del proyecto de Ley 040/2006 Senado, 02/2006 Cámara de Representantes, que originó la Ley 1122/07. La importancia de esta coyuntura crítica, que marcó un cambio estructural de la reforma en salud respecto al Sistema Nacional de Salud (SNS), para los propósitos de esta investigación, entre otros, fue la adopción del POS. Este se constituyó en el eje del SGSSS, creado por el artículo 162 de la Ley 100/93 el cual se asume como un conjunto de servicios que las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), deben garantizar a sus afiliados. Este plan está orientado a permitir la protección integral de las familias, a la maternidad y a la enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, de acuerdo a la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad definidos (Congreso de la República, 1993; Gañán, 2010, pág. 98; Ley 100 de 1993).

Coyuntura crítica Ley 1122/07: esta coyuntura crítica va desde la discusión del Proyecto de Ley 040/2006 Senado, 02/2006 Cámara de Representantes que originó la Ley 1122/07, hasta la etapa previa a la promulgación de la Sentencia T-760/08 de la Corte Constitucional. Esta coyuntura crítica fue importante en la medida en que dicha ley puede

considerarse como el producto de un proceso político que se profundizó a partir del año 2003, bien debido a la celebración de los primeros diez años de la Ley 100/93, o bien, como respuesta a las inconformidades que diferentes sectores manifestaban acerca del desempeño del SGSSS. De manera particular, los señalamientos apuntaban a temas relacionados con acceso, calidad de los servicios, cobertura, futuro de las entidades públicas, mecanismos de contratación entre administradores y prestadores, así como flujo de recursos (Grupo de Economía de la Salud [GES], 2007). Como caso particular de interés para la presente investigación, se dio origen a la CRES, definida como un organismo estatal para la toma de decisiones con soporte en un sistema de información a su servicio y que buscaba corregir muchas de las falencias que presentaba el CNSSS. Algunas de sus funciones eran la actualización del POS que las EPS deberían prestar a sus afiliados, la actualización del listado de medicamentos esenciales, y definir la Unidad de Pago por Capitación, entre otras.

Coyuntura crítica Sentencia T-760/08: esta coyuntura crítica va desde la promulgación de la Sentencia T-760 del 31 de julio de 2008 hasta la fecha anterior a la expedición del Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009 que declaró el estado de la Emergencia Social en Salud (ESS) por el gobierno nacional. La importancia de esta coyuntura crítica tuvo que ver con las reacciones que provocó en los diferentes actores el fallo de esta alta corporación. Esta última abordó varios casos en los que se invocó la protección del derecho a la salud (concretamente, el acceso a servicios de salud que se requerían), cuya solución había sido clara y reiterada en su jurisprudencia.

Coyuntura crítica Emergencia Social en Salud (ESS): esta coyuntura crítica abarca desde la expedición del Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009 por el gobierno nacional que declaraba el Estado de Emergencia Social en Salud, hasta el 16 de abril de 2010 cuando la Corte Constitucional por decisión unánime la declaró inexecutable mediante la Sentencia C-252, pero dejando vigente hasta diciembre del mismo año el recaudo de impuestos que atenderían a la población más vulnerable. La importancia de esta coyuntura crítica, al igual, e incluso mayor a lo que ocurrió con la Sentencia T-760/08, fue la reacción de los diferentes actores, especialmente el gremio médico, los usuarios, las EPS, las IPS, los académicos, algunos organismos del Estado como la Defensoría del Pueblo, los formadores de opinión y los medios de comunicación en general, entre otros. Con el conjunto de decretos que lo acompañaban, el gobierno nacional pretendía conjurar la grave

crisis financiera que afrontaba el sector. Esta situación sin embargo, generó bastante incertidumbre entre estos actores por los probables efectos futuros tanto sobre la calidad del servicio, como por el hecho de que los pobres terminarían financiando el sistema de salud (El Espectador, 25 de enero de 2010).

1.4 Pregunta de investigación

Con base en lo anterior, la presente investigación se planteó la siguiente pregunta: ¿Cómo influyó la correlación de fuerzas en la lucha de la dinámica política que conllevó al proceso de implementación y actualización del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia?. Para ello se propusieron los siguientes supuestos, teniendo como unidad de análisis el subsistema de política del POS (SPPOS):

S1: La interacción y disputa de las CP que participan dentro del subsistema de política del POS determinan los contenidos de los planes de beneficios y las políticas públicas que los sustentan.

S2: La interacción entre coaliciones promotoras básicamente son juegos políticos en la que los actores intentan en todo momento hacer prevalecer sus respectivos intereses y valores. De esta manera, el éxito o fracaso de cada una de las CP, depende de sus recursos, estructura y poder de influencia.

S3: El gobierno es un actor con intereses particulares que forma parte del subsistema de política.

S4: Con base en la investigación preliminar, existirían por lo menos dos Coaliciones Promotoras (CP): Salud como factor económico y salud como derecho fundamental.

Propósito: El análisis pretende especificar los actores, discursos, coaliciones, posiciones políticas, recursos y propuestas del que dispusieron las Coaliciones Promotoras (CP), en el proceso de actualización del POS. Aun reconociendo que los miembros de cada una de las CP no estaban dispuestos a renunciar fácilmente a sus principios y valores básicos de forma inmediata, ello no les impedía establecer acuerdos, negociaciones y ajustes con las demás CP especialmente si se trataba de los aspectos secundarios o instrumentales. El cambio de paradigmas o la adopción de nuevas ideas únicamente tendrían lugar a través del tiempo, particularmente debido al proceso de aprendizaje social gradual o como resultado de factores exógenos a lo largo del tiempo.

1.5 Objetivos de la investigación

Objetivo General

Analizar el complejo proceso de cambio de las políticas públicas asociadas a la implementación y actualización del Plan Obligatorio de Salud entre 1993 y 2010 desde un análisis político de la correlación de fuerzas.

Objetivos específicos

- Describir y analizar los conflictos entre las diferentes concepciones sobre el POS a partir de la identificación de los discursos, el sistema de creencias y las estrategias llevadas a cabo por las respectivas coaliciones.
- Identificar las coyunturas críticas dentro de las cuales tuvo lugar el proceso de definición y actualización del POS.
- Identificar las diferentes coaliciones del subsistema de política del POS.

1.6 Alcance de la investigación

El presente estudio se concibió como un método de investigación exploratorio que tenía como pretensión establecer la existencia o no de coaliciones alrededor del proceso de definición y actualización del POS en el periodo comprendido entre 1993 hasta 2010, así como los tipos de estrategias utilizadas como recursos de poder, posiciones políticas y propuestas para la consecución de sus intereses. Su propósito fue explicar los procesos generados en el Subsistema de Política del POS (SPPOS), más que la obtención de resultados finales o juicios de valor respecto a las conductas asumidas en el mismo. En este sentido, los hallazgos y conclusiones solamente tienen validez en el contexto mismo de los fenómenos analizados, pero pueden servir como referentes para otros campos de investigación del SGSSS.

1.7 Criterios éticos y consentimiento informado

La investigación fue muy rigurosa en el respeto de los principios de reserva de identidad y confiabilidad de la información, datos y demás documentos que tuvieran este carácter suministrados por los actores. Se acogió a los protocolos nacionales e internacionales que regulan las investigaciones científicas, así como a la reglamentación vigente de la Universidad Nacional de Colombia. Entre ellas, se supeditó a lo establecido en el Acuerdo 035 de 2003 sobre propiedad intelectual, así como a la Resolución 8430 de 1993 sobre normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Se contó con el consentimiento informado en todos los casos en que se contactó a algún actor para la obtención de información o material documental. Igualmente, el proyecto que dio origen a la presente investigación fue sometido a aprobación del Comité de Ética de la Universidad Nacional de Colombia.

2 Marco teórico y conceptual

En este capítulo se hace una presentación de los diferentes enfoques para el análisis de las políticas públicas, los modelos teóricos para el estudio de las políticas públicas, las aproximaciones teóricas desde la salud pública y, la propuesta de un enfoque integrador que asumió esta investigación. La parte correspondiente al marco conceptual se resalta en negrilla y se va desarrollando a medida que transcurre el marco teórico.

2.1 Los diferentes enfoques para el análisis de las políticas públicas

Para el **análisis de las políticas públicas** los enfoques pueden agruparse de acuerdo al aspecto a priorizar al momento de buscar una explicación y relación establecida con el aparato estatal. Así, algunos investigadores (Paulo, 2005; Roth, 2007) clasifican estas **teorías en socio-céntricas**, estado-céntricas y mixtas o relacionales. Las primeras, incorporan los procesos sociales como la variable principal que explica las políticas públicas, por lo que fijan su interés en el tipo de trama que conforman las relaciones entre individuos y grupos, al tiempo que observan la forma en que se defienden y eventualmente imponen sus intereses. Aunque hay diferencias ideológicas entre los dos grupos que conforman este enfoque, todas minimizan la capacidad y el impacto de las instituciones públicas, así como el de sus agentes respecto a las elecciones de las políticas públicas. Estas corrientes son: i) la marxista, neomarxista y la teoría de la dependencia y, ii) la pluralista, la racionalista (*rational choice*), la de la elección pública (*public choice*) y la elitista.

Las **teorías estado-céntricas** por su parte, consideran que el Estado no se reduce a un simple ejecutor de políticas que cede ante las presiones de los grupos y de los individuos que buscan por cualquier mecanismo hacer prevalecer sus intereses. Por el contrario, los defensores de este enfoque le atribuyen al Estado un alto grado de autonomía que le permite conducir sus prioridades, razón por la cual las políticas públicas se deben buscar

en la forma como éstas se procesan. Es necesario por lo tanto, considerar los procedimientos utilizados, las normas formales e informales que se ponen en juego, entre otras. Forman parte de esta corriente los decisionistas (modelo racional, racionalidad limitada e incremental), el burocrático o neoweberiano.

El **enfoque mixto** integra los factores internos (centrados en el Estado) con los externos (centrados en la sociedad). Intenta abordar la sociedad como un tejido de relaciones más complejas, en la que se pueda ver las interrelaciones más que las relaciones, la interdependencia más que la dependencia. Por esta razón, su tendencia es a considerar las interacciones entre la sociedad y el Estado en una dimensión horizontal, más que en una estructura vertical en la que una de las dos domina. En este enfoque se puede encontrar una gran variedad de teorías como la neo-corporativista (negociación Estado-grupos de interés), las teorías del entramado (redes de relaciones entre conjunto de actores) y la de las coaliciones de defensa (*advocacy coalition*). Estas teorías explican los cambios de las políticas públicas como producto de la conformación de comunidades de política que compiten entre sí para lograr el dominio de sus sistemas de valores, al tiempo que se coordinan entre sí para alcanzar sus objetivos. También se tiene en cuenta en este caso, el aprendizaje político como aspecto fundamental para explicar dichos cambios.

Otra clasificación de las aproximaciones teórico-analíticas de las políticas públicas especialmente referidas a los grupos de interés la presenta José Real (2002) definidas de la siguiente manera:

Pluralismo: son varias las interpretaciones que se han dado dentro de esta categoría a los llamados “grupos de interés”, considerado para algunos autores más un constructo ideológico que una constatación empírica. De esta manera, hacia los años 50 y 60 del siglo XX se podría referir a los pluralistas como aquella corriente que considera a los grupos de interés como si todos tuvieran la misma influencia y en la que el acceso al Estado está siempre abierto y donde éste es neutral en sus relaciones con relación a estos grupos. Uno de los lugares comunes de esta corriente es el de la dispersión del poder que se manifiesta en la dispersión de recursos en la sociedad, así como en la pluralidad de puntos de acceso a las instituciones estatales. También se puede mencionar la consideración del no predominio estable de ningún grupo sobre los demás debido al contrapeso ejercido por los otros grupos en competencia. Una consideración más asume que los pluralistas creen que

los grupos poseen cantidades significativas de poder y que por esta razón son importantes en la determinación de los resultados políticos.

Sub-gobiernos y triángulos de hierro (*iron triangles*): esta categoría ha sido denominada así a partir de los trabajos de Theodore Lowi (1964, citado por Real, 2002), quien en una investigación sobre los grupos agrarios en Estados Unidos, observó que en este sector las políticas eran elaboradas en una estructura triangular que involucraba a una agencia gubernamental, un comité del congresos o subcomité y los comités locales de distrito de agricultores, los cuales estaban asociados normalmente a una organización regional o nacional. Lowi señalaba cómo la necesidad de especialización de la administración, producto de la expansión de la inversión pública, contribuía a fragmentar el ámbito de las políticas públicas, razón por la cual la representación de intereses alrededor de un determinado sector o agencia administrativa tiende a limitarse a aquellos grupos también más especializados. Esta afirmación anulaba el supuesto de los pluralistas en la que la competencia entre grupos era el eje de la elaboración de las políticas públicas. La concepción de triángulos de hierro implica unas estructuras funcionales en las que tienen lugar una relación simbiótica: el grupo de presión necesita a la agencia para prestar sus servicios a sus miembros y obtener un punto de acceso al gobierno; a su vez, la agencia necesita a este grupo para recibir el apoyo de sus programas y; el comité del congreso necesita de la capacidad del grupo para movilizar electoralmente a sus miembros.

Neo-corporativismo: es asumido por algunos como un sistema de intermediación de intereses, o si se quiere, un modo de arreglo institucional para ligar a los intereses asociacionales organizados de la sociedad civil con las estructuras decisionales del Estado. Para Schmitter (1979) el corporativismo puede ser definido como un sistema de representación de intereses en el que las unidades constituyentes están organizadas en un limitado número de categorías singulares obligatorias jerárquicamente ordenadas y funcionalmente diferenciadas, no competitivas, reconocidas o autorizadas por el Estado. A éstas se les ha reconocido un monopolio representacional dentro de sus respectivas categorías a cambio de observar ciertos controles sobre la selección de sus líderes y la articulación de demandas y apoyos (Schmitter, 1979, pág. 13, citado por Real, 2002).

Visiones complejas del *Policy process*: en este grupo se puede encontrar una gran variedad de enfoques como son: i) *policy networks*, ii) análisis estructural de redes (*structural network analysis*), iii) elección racional institucional (*institucional rational choice*) y, iv) coaliciones de apoyo (*advocacy coalition framework*). Todos ellos consideran las políticas públicas como el resultado de procesos de interacción de un conjunto más o menos limitado de actores públicos y privados que actúan en una gran variedad de niveles del gobierno, que ocasionan estructuras de acción más o menos estables con cierto grado de autonomía unas respecto de otras.

Las *policy networks* (redes de políticas públicas) presenta a su vez dos versiones: i) la del Reino Unido y, ii) la europea continental. En la primera, el término ha sido utilizado más como herramienta descriptiva-heurística que como modelo explicativo. Las *policy networks*, presenta también un continuum conceptual entre dos tipos ideales extremos: las *policy community issue networks* en la que cada una de ellas responde a una combinación de las características extremas dentro de una serie de dimensiones tales como número de participantes, tipo de intereses presentes, continuidad en el tiempo de la red, frecuencia de las interacción, presencia/ausencia de conflicto/consenso, distribución de los recursos en la red/en los participantes y relaciones de poder. De acuerdo a estos aspectos, el tipo ideal de *policy community* tendría un número limitado de miembros, especialmente representando intereses económicos, con una alta frecuencia de interacción continua en el tiempo, en la que los participantes comparten unos valores, así como una visión común de los problemas. En este caso, las relaciones de poder estarían en equilibrio dentro de ella. En el otro extremo estaría las *issue networks*.

La segunda (*policy networks* europea continental), se refiere especialmente a los autores alemanes y holandeses para quienes esta versión es algo más que un modelo de representación de los grupos de interés, y constituye más bien una forma de ordenación social (*governance*). De esta manera, la gobernanza aparece como una alternativa a través de las redes a los otros dos modos de ordenación social, es decir, el mercado y la jerarquía. Para sus defensores el grado de dinamismo, diversidad y complejidad de las sociedades actuales dificulta la coordinación social a través de estos modos tradicionales, ante lo cual surge como alternativa, la coordinación a través de redes o auto-coordinación negociada u horizontal. De esta manera, el desarrollo de redes cooperativas entre actores individuales contribuiría a reducir los costos de transacción propios de otros tipos de relaciones (indiferencia o competencia) al tiempo que impedirían los fallos característicos de las

formas de coordinación jerárquica. Estas redes se basarían en la confianza (*trust*) entre los grupos de actores como una especie de acuerdo tácito que aseguraría que ningún actor tuviera la ventaja oportunista en su relación con los demás.

La **elección racional institucional** (*institutional rational choice*): intentan explicar los procesos sociopolíticos a partir del comportamiento de los individuos pero ofrecen una mirada más compleja que la teoría de la elección racional. Los partidarios de la elección racional institucional asumen que los cálculos de costo y beneficio en las acciones de los individuos están influidos por el conjunto de reglas vigentes, las condiciones físicas y materiales, así como la cultura y los valores compartidos que afectan a los contextos donde estos individuos interactúan.

Otros enfoques más recientes han puesto el énfasis en las ideas para encontrar en ellas las formas de concebir el mundo, la cultura y la tradición, más allá de las explicaciones a partir de los grupos de interés. De esta manera, Dietmar Braun (1999, citado por Paulo, 2005), distingue los análisis que ven la política como una lucha por el poder, de aquellos enfoques centrados en el proceso de construcción de marcos cognitivos y evaluativos en procesos discursivos y argumentativos. En este sentido, las ideas estudiadas desde una perspectiva en la que tiene lugar la lucha por el poder dieron lugar a los siguientes enfoques, además del *Advocacy coalition*:

Référentiel: en este enfoque los actores de cada arena política construyen su identidad con base en un referencial. Identifica arenas de política vinculadas a las acciones estatales en las cuales la cohesión deviene de un marco referencial o paradigma sectorial. Este marco referencial a su vez, supone criterios normativos, convicciones causales y valores básicos como aspectos que señalan las estrategias sectoriales plausibles. En este caso, el escenario sectorial desenvuelve su coherencia interna al incluir actores con una identidad homogeneizada por sistemas de creencias vinculados al paradigma existente, mientras que el referente ajusta su función y su ubicación dentro de una concepción global de sociedad a través de mediaciones. Los profesionales, las élites burocráticas y políticas son los mediadores que establecen dentro de un proyecto político el referente y coordinan la dimensión sectorial global.

Marcos cognitivos: en éste, los *policy makers* llevan a cabo sus funciones a partir de un marco de ideas denominado paradigma el cual moldea las metas de política y los instrumentos pertinentes, al igual que la naturaleza de los problemas que deben ser atendidos y el papel del hacedor de política en el contexto de la realidad específica. Desde esta perspectiva, se reconocen tres cambios en las políticas públicas: los cambios de primero y segundo orden implican procesos de ajuste sin ocasionar grandes alteraciones a lo instituido y están relacionados con la dimensión cognitiva (instrumental, institucional). Estos son movimientos incrementales que se dan especialmente en el ámbito intra-estatal. Los cambios de tercer orden implican modificaciones radicales en el contexto de una política determinada, establecen discontinuidades y tienen un referente en la dimensión cognitiva. El paso de un paradigma a otro es normalmente el resultado de un cambio de autoridad con relación a la política en particular. El Marco de las Coaliciones Promotoras (MCP), forma parte de este enfoque como se verá más adelante.

Por su parte, entre los análisis que abordan la **política como una actividad discursiva y argumentativa** se puede mencionar a Frank Fisher (2003), para quien los asuntos del sistema político no deben ser entendidos por su vínculo con bases materiales o económicas de la sociedad, sino que tales sistemas se construyen en el dominio del discurso político. Su enfoque es también una crítica a la perspectiva neopositivista/empirista que presume de una rigurosidad metodológica por el uso de los análisis cuantitativos frente a otros métodos alternativos que se fijan más en los valores y los significados sociales para una comprensión más profunda del lenguaje y del discurso.

Con base en las **tesis estructuralistas** (semiótica) y **post-estructuralista** (lenguaje) Emery Roe (2006), ofrece un marco teórico-metodológico de aplicación de la teoría literaria contemporánea al análisis de la política pública. El objetivo de su propuesta es permitir al analista de política entender la forma como el poder y la política se configuran y articulan en temas controversiales, a partir de los cuales se construyen meta-narrativas que permiten una mirada más amplia de la discusión para la toma de decisión. Sus principales aportes se orientan a la planeación de la política pública a partir de una completa conceptualización del problema permitiendo la aclaración de los argumentos desde una perspectiva deconstructivista de la narrativa y no desde la relación causa-efecto. También se puede mencionar que la meta-narrativa toma en consideración las construcciones discursivas dominantes al tiempo que devela la asimetría de tales fuerzas discursivas permitiendo que emerjan las historias ocultas. Por último, este enfoque permite reconocer

el carácter ideológico de las disputas políticas, aunque desde luego, reconoce que el analista debe tener conocimiento del problema a tratar, al igual que del establecimiento burocrático en el que tiene lugar el proceso de la toma de decisiones.

Hay quienes sostienen que el análisis de las **políticas públicas** no es una nueva teoría del Estado, la sociedad o la política, sino más bien un desplazamiento del punto de observación en la que los enfoques utilizados reflejan el mundo teórico a disposición de todo científico social. De esta manera, se ha intentado proponer diversos modelos y métodos de análisis con el fin de explicar la emergencia, la formación o el cambio de tales políticas o para dotar de información pertinente para la toma de decisión política. La lente conceptual con que se analice el proceso de las políticas públicas o de los grupos de interés influirá en el rango de fenómenos a los que el investigador prestará atención (Real, 2002; Roth, 2007, 2007a).

Sin embargo para Yves Surel (2008), siguiendo a Yves Mény y Jean-Claude Hoenig, las políticas públicas antes de ser un campo, son fundamentalmente objetos de investigación entendidos como el producto de la actividad investida de poder público y de legitimidad gubernamental. Desde una perspectiva histórica, si las aproximaciones secuenciales de Jones se basaban especialmente en la puesta en práctica de la “caja de herramientas”, los modelos de análisis más recientes se orientan principalmente hacia las conceptualizaciones relacionadas con las nociones de “redes de actores”, “sistemas de creencias” o “universos cognitivo”. Se tiene entonces como resultado nuevos modelos que permiten disponer de una base teórica para la definición de hipótesis de investigación (Surel, 2008, pág. 42).

En la presente investigación se asume la **política pública** como aquella que designa la existencia de “un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables, y por medios y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática” (Roth, 2007, pág. 27).

2.2 Aproximaciones teóricas desde la salud pública

Según Morales (2010, pág. 31-32), en los estudios sobre el análisis de **políticas públicas de salud**, lo más común es acudir al ciclo de política, entendido como formulación, implementación y evaluación. Según la citada autora, tales evaluaciones, por lo general, se orientan a identificar el logro de los objetivos y el alcance de las metas, caso este último, en el que las metas usualmente se reducen a coberturas, y excepcionalmente miden impactos. Para Roth (2007, pág. 135), la evaluación, entendida como una práctica seria de argumentación con base en una información pertinente, posibilita precisamente opinar de forma más acertada, con menor subjetividad, respecto a los efectos de las acciones públicas. Su importancia aumenta cuando las instituciones y los gobiernos contemporáneos se muestran proclives a fundamentar su legitimidad en lo que hacen (los resultados), y no solamente en la legalidad de sus decisiones. De esta manera, puede ser importante que tanto los ciudadanos como los gobiernos conozcan los logros obtenidos a través de las acciones emprendidas.

En el caso latinoamericano, el auge de este tipo de análisis bajo el esquema evaluativo está relacionado con los procesos de globalización y las reformas de los sistemas de salud ocurridos hacia la década de los años 80 (Morales, 2010, pág. 32). Sin embargo, muchos investigadores en el campo de las reformas sanitarias, han pretendido mostrar que tales esquemas, especialmente desde la lógica neoclásica o apoyada en los fundamentos neoliberales no han sido pertinentes ni han tenido buenos resultados en términos de equidad en la salud. Tal es la posición de Homedes y Ugalde (2005, 2005a, 2008), quienes hacen énfasis en el poco valor analítico de estas metodologías aplicadas al caso latinoamericano y el desconocimiento de las mismas de la existencia de relaciones de poder en cada uno de los ámbitos internacional, nacional y regional. Llamen la atención por ejemplo, sobre el condicionamiento del Fondo Monetario Internacional (FMI), a estos países en materia de recorte de gastos sociales con el propósito de superar la crisis de comienzos de los años 80, cuyas consecuencias se han reflejado en el deterioro aún mayor de los servicios de salud.

Una revisión sobre los diferentes trabajos en el campo de la salud en Colombia con sus respectivos enfoques teóricos y metodológicos ha sido desarrollada por Hernández (2004). Para este investigador los estudios sobre políticas de salud bien puede clasificarse en tres grupos temáticos dependiendo de los tipos de problemas que aborden, en los cuales se

aprecian diversos enfoques que pretenden responder a las respectivas preguntas de los autores. En primer lugar, se puede mencionar los estudios sobre la organización del sistema de salud en el largo plazo, cuyos trabajos se proponen dar cuenta de la conformación del sistema de salud del país, a partir de algún enfoque o explicación central. La teoría general de sistemas, TGS, en este caso, ha sido utilizada para el estudio de las políticas de salud a partir de los años sesenta, la cual sirvió para apoyar la formulación de tales políticas, al igual que para explicar la evolución de los sistemas de salud en diferentes países.

En segundo lugar, se encuentran los estudios sobre la incorporación de ciertas políticas globales al país, en los que se pretenden analizar de manera explícita, los procesos de incorporación de las tendencias internacionales globales predominantes en la definición de políticas o programas nacionales de salud. A su vez se pueden identificar dentro de este enfoque, tres variantes como son el de acción-reacción, el de institucionalización y el foucaultiano. En el primer caso, se establece la correlación entre las fuerzas hegemónicas internacionales y las nacionales, las cuales operan en sentido opuesto. En el segundo caso, desde el concepto de “institucionalización” de las vertientes del pensamiento científico-tecnológico en salud se ha avanzado en el estudio de la salud pública en Colombia con la consolidación de un nuevo marco institucional manifiesto en las políticas públicas y en las instituciones que las realizan. En el tercer caso, el enfoque foucaultiano del estudio de las políticas de salud está relacionado con la concepción del poder en las sociedades.

En tercer lugar, se encuentra el análisis de las coyunturas críticas en las que se producen serios cambios en la organización de los servicios (las reformas sanitarias en su denominación internacional). A partir de este enfoque se ha pretendido dar explicaciones a los momentos de transformaciones fuertes del sistema de salud, en casos como la reforma introducida en Colombia con la Ley 100 de 1993 que crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

A esta clasificación se pueden agregar aquellas investigaciones en salud realizadas desde el análisis de las **políticas públicas más centradas en los actores** especialmente a partir de los años 90 en Colombia. Es el caso por ejemplo, de los estudios de Grisales y Giraldo (2008), quienes hacen una breve presentación de estas políticas en Colombia en el periodo referido. Estos autores hacen una aproximación al logro de los Objetivos del Desarrollo del

Milenio, ODM, establecidos por la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2000, la cual fue acogida por 189 países, entre ellos Colombia. Estos investigadores se proponen reconocer las políticas públicas, programas y normas vigentes en Colombia y Antioquia, a nivel local que conducen al cumplimiento de los ODM, específicamente las relacionadas con la reducción de la mortalidad de los niños menores de cinco años, con el mejoramiento de la salud materna y con la lucha contra el VIH/SIDA, el paludismo y el dengue. Para ellos, del conjunto de políticas públicas, programas y normas que se vienen dando desde entonces, solo el Documento CONPES Social 91 de 2005 se refiere explícitamente al logro de los ODM, aunque reconocen que otras disposiciones pueden ayudar a tal fin, sin que hayan sido creadas específicamente para ello.

Otro estudio (López, 2008), establece un análisis de los actores involucrados en la formulación y desarrollo de las políticas de salud a partir del supuesto de que éstos juegan un papel importante en las políticas públicas. Se puede identificar, a partir de este trabajo, por lo menos tres grupos de problemas. El primero está relacionado con la función mediadora del gobierno en la que han predominado los intereses de las aseguradoras, aspecto que dificulta un arraigado valor por lo público en los ciudadanos mediante la participación con equilibrio de poderes. El segundo grupo de problemas, está dado por la orientación de las políticas públicas por parte de los decisores, quienes la perciben muy centrada en afrontar el déficit fiscal hospitalario, bajo los principios de eficiencia del sector público, con pleno dominio del enfoque de prestación de servicios y de aseguramiento, al margen del enfoque fundamental de la salubridad. El tercer grupo de problemas, se relaciona con las políticas nacionales en salud, las cuales han construido un marco referencial en políticas públicas bastante amplio, pero que no aborda las particularidades locales, las especificidades de las comunidades, así como las individualidades en situaciones de calamidad.

Una investigación más (Rodríguez, 2008), identifica las **políticas públicas relacionadas con el derecho a la salud**, al igual que el marco legal colombiano en esta materia, para concluir que a pesar de la reforma en este sector, no se han garantizado efectivamente el derecho ni la atención en salud. Los estudios de las tutelas en salud revelan falencias en calidad, accesibilidad y oportunidad para algunos grupos poblacionales, con lo cual se evidencia que el cumplimiento de los tratados internacionales respecto a la prestación y acceso a los servicios de salud, no se lleva a cabalidad. Igualmente observa que la

fragmentación de los servicios se pone de relieve de acuerdo a las condiciones de las personas, aumentando las inequidades entre grupos poblacionales pobres y ricos, así como entre habitantes de zonas urbanas y rurales.

En esta misma línea, el estudio de Natalia Paredes (2005), muestra que en Colombia no se han reconocido las características y principios del derecho humano a la salud, evidenciado en el hecho de que la política pública limita sus acciones a la atención de afecciones y enfermedades tan solo de una parte de la población, en tanto que otra proporción importante, es excluida del sistema y es objeto de múltiples discriminaciones inaceptables. Se descuida igualmente, la prevención, promoción y protección de la salud de sus objetivos, al tiempo que existe un desconocimiento de la protección del derecho a la salud como un aspecto básico del desarrollo.

El Estudio de Carolina Morales (2010), analiza las políticas de salud sexual y reproductiva para la juventud formuladas en Colombia entre 1992 y 2005 dentro del enfoque del institucionalismo histórico y los procesos sociopolíticos. Analiza la correlación de fuerzas entre los actores mediante la propuesta de la contienda política, con la cual se identifica la interacción de distintas esferas nacionales e internacionales, así como diversos poderes en juegos en el Estado y en el campo sociopolítico vinculados a la formulación de políticas.

También puede mencionarse el trabajo de investigación de Mónica Uribe (2009), que analiza los factores de cambio y de los procesos sociopolíticos que influyeron en el curso de las reformas de los sistemas de salud en Colombia en el periodo 1990-2006. Se centra en las interacciones que se dieron entre los actores, entendidos como agentes estratégicos involucrados en las transformaciones del sector salud, en los que incluye los pertenecientes al Estado, los conformados por grupos de interés como los gremios económicos, los organismos internacionales y grupos sociales. Toma como referente el enfoque relacional propuesto por Mc Adam, Tarrow y Tilly (2005), citado por Uribe (2009), para estudiar las relaciones conflictivas entre la sociedad y el Estado (contienda), cuya perspectiva expresa estas relaciones en términos de eventos históricos ocasionados por actores de manera contingente y en función de un contexto político y económico específico.

Se puede referenciar por último, la investigación de Héctor García (2009), que estudia la debilidad del régimen político colombiano en la estructuración de las políticas energéticas entre 1990 y 2006 y las consecuencias que tienen para la salud urbana su aplicación.

Establece igualmente la conexión entre los procesos políticos y las condiciones socio-espaciales urbanas.

2.3 La propuesta de un enfoque integrador para el análisis de la política del POS

Con base en la presentación previa de los referentes bibliográficos sobre el estudio de las políticas públicas en general, y de las políticas de salud en particular, se consideraron las ventajas y limitaciones de la adopción de cada uno de los enfoques teóricos revisados para los propósitos de la presente investigación. Por esta razón se propuso complementar el enfoque del Marco de las Coaliciones Promotoras (MCP) utilizado para el análisis del POS, con otros estudios sobre la reforma al campo de la salud que han tenido como referente el Institucionalismo Histórico (IH) y la Sociología Histórica (SH) en el mismo periodo analizado. Mediante los dos primeros, se pretendió dar cuenta de las formas como las configuraciones institucionales (que involucran grandes procesos, coaliciones políticas, estructuras estatales, creencias, ideas y valores), se relacionan con las coaliciones promotoras en el proceso de definición y actualización del POS. Con el tercero, entender la forma como se establecen las redes de poder organizadas y superpuestas dentro del proceso más amplio de reformas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a partir de los trabajos sobre este tema ya publicados. Estos enfoques teóricos se complementaron con el análisis de contenido como procedimiento investigativo que contribuyó a la sistematización de la información y a la consistencia metodológica. En la parte final de este apartado se establecen las categorías de investigación desarrolladas con base en estos criterios.

2.3.1 El Marco de las Coaliciones Promotoras (*Advocacy Coalition Framework*)

El **Marco de las Coaliciones Promotoras** (MCP)⁸ fue desarrollado inicialmente en los años 80 del siglo pasado por Paul Sabatier y complementado posteriormente con Hank

⁸ También conocido como Enfoque de Coaliciones Defensoras o de militantes (ECD), es definido como el conjunto de actores de una gran variedad de instituciones que comparten las creencias del núcleo de una política y que coordinan su comportamiento de diversas maneras (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999, pág. 130).

Jenkins-Smith con el fin de analizar el papel de los valores, las creencias, las ideas, el aprendizaje y el conocimiento dentro de los grupos de interés y las coaliciones, tanto en la definición como en los cambios de las políticas públicas (Sabatier, 1988; Sabatier & Jenkins-Smith, 1993). Estas últimas son consideradas como procesos normativos y cognitivos que conforman sistemas de creencias compartidos en los que se reconocen tres niveles. i) el “núcleo duro” (*Deep core*), que constituye las nociones ontológicas y normativas básicas, las cuales son las más difíciles de cambiar en la medida en que están inscritas en el orden institucional del sistema político y en la sociedad, al tiempo que son defendidas por las coaliciones que se sustentan en el orden hegemónico, ii) el de “las creencias políticas básicas” (*policy core belief*), que corresponde a un área de política e incluye los compromisos normativos básicos de la coalición y sus percepciones causales dentro del subsistema, en cuyo nivel el aprendizaje puede afectar de alguna manera las proximidades del mismo y, iii) el de los “aspectos secundarios” (*secondary aspects*), ligado a componentes cognitivos, comprende una gran variedad de creencias relativas a la gravedad del problema, así como las medidas en particular a tomar en la política, entre otras (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999, págs. 121-122).

El concepto de **coalición promotora** asume que creencias compartidas constituyen el cemento de la política y que las creencias centrales son muy resistentes al cambio. Se considera la generación de un cambio cuando hay transformaciones en el sistema de creencias, el cual puede ser considerado como *mayor* si afecta los aspectos nucleares de la política y, *menor*, si ocurren a nivel de los aspectos secundarios (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993).

Estos autores reconocen algunos aportes de los análisis tradicionales de las políticas públicas realizados por Easton (1965), (1965a) y Lasswell (1951), tales como el abordaje de éstas como procesos, la desagregación conceptual de su complejidad y la posibilidad de identificar nuevos temas de estudio como la evaluación de resultados de las políticas públicas. No obstante, para Sabatier y Jenkins-Smith estos enfoques presentan ciertas limitaciones en la medida en que no brindan bases claras que permitan probar hipótesis empíricas, no atienden las desviaciones o similitudes que tienen lugar en el proceso de la política pública, prestan más importancia al aspecto legislativo, al igual que al enfoque de arriba hacia abajo (*top-down*) que limita el campo de actores y las relaciones de la hechura de las políticas públicas. De la misma manera consideran que se trata más de una

aproximación heurística que causal, tienden a presentar el ciclo de la política pública como una unidad de análisis temporal, cuando en la práctica se puede observar que la política pública involucra múltiples ciclos y, finalmente no permiten observar el papel de las políticas públicas en el aprendizaje, lo cual trasciende las etapas de evaluación.⁹ De la misma manera el MCP no comparte el enfoque de las políticas públicas del *modelo de las fases*¹⁰ ni del *garbage can*¹¹ por su incapacidad para explicar los cambios generados en el paso de una fase a otra y desconocer el sistema de relaciones intergubernamentales, entre otros aspectos. Sabatier y Jenkins-Smith estudian el cambio de la política en el largo plazo a partir de los desarrollos de Hecló y Wildavsky (1974) y de las transformaciones de la política pública sobre la contaminación aérea en los Estados Unidos entre los años 50 y los 80. Estos investigadores rechazan el enfoque tradicional de la política pública y de la

⁹El escenario heurístico de ciclo de política tuvo bastante aceptación entre diferentes investigadores, con base en las contribuciones de Easton y Laswell, cuyo modelo se caracteriza por fraccionar el proceso político en diferentes subprocesos funcional y temporalmente. El modelo sistémico elaborado por Easton en 1965, especifica la funcionalidad de los insumos (inputs), su proceso, sus resultados (outputs), así como los mecanismos de retroalimentación que tienen lugar en un ambiente determinado. En este esquema, el sistema político actúa como un organismo vivo que pretende la sobrevivencia adaptándose a las exigencias del medio, aún bajo condiciones de equilibrio inestable. Por su parte, Laswell desarrolló su ciclo de política en 1951 en la que incluía las etapas de formación, recomendación, prescripción, innovación, aplicación, valoración y terminación. Las propuestas de estos dos autores se difundieron y se replantearon con relación al análisis de políticas públicas y el contenido de sus etapas.

¹⁰Dentro del *modelo de las fases* se puede nombrar “*An introduction to the study of public policy*” de Jones (1977), *Public policy making*” de Anderson (1979) y, *The foundation of policy analysis* de Brewer y De León (1983). Este modelo divide el proceso de elaboración de las políticas en fases y hacen distinciones entre los escenarios de identificación del problema, su posicionamiento en la agenda, la adopción, la implementación y la evaluación. Estos autores entienden el proceso como flujo o corriente de fenómenos que trascienden una determinada institución. La re-conceptualización del escenario heurístico del ciclo permitía un análisis de aspectos que no se percibían en el enfoque tradicional, tales como el énfasis en los impactos de las políticas públicas (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993, pág. 2). El *modelo de las fases* tuvo su vigencia hasta los años 70 y comienzos de los 80 como método de estudio de las políticas que simplificaba el análisis al dividir sus procesos en etapas concretas, dando como resultado la elaboración de diversos estudios relacionados con el establecimiento de la agenda, la implementación y evaluación de las políticas. En los años 90 este modelo entra en crisis en la medida en que se pone en cuestionamiento su capacidad para explicar el paso de una fase a otra y niega el concepto de un sistema de relaciones intergubernamentales, entre otros.

¹¹ El modelo *garbage can* (cubo de basura), tiene entre sus exponentes a Cohen y March y Olsen para quienes las elecciones en las políticas públicas se realizan como si las alternativas estuvieran en un cubo de basura, en las que existen muchos problemas y pocas soluciones. Estas últimas no serían detenidamente analizadas y dependerían de las soluciones que tuvieran los decisores de políticas en el momento. De acuerdo con este modelo, las organizaciones son formas anárquicas que componen un conjunto de ideas con poca consistencia. La comprensión del problema y de las soluciones es limitada en el que las organizaciones operan en un sistema de ensayo-error (Souza, 2006).

ciencia política por desestimar el papel de las agencias sub-nacionales en tales cambios (especialmente en la implementación e innovación de las políticas) y desconocer el rol de las ideas en la evolución de las mismas. El enfoque de Sabatier y Jenkins-Smith complementa el análisis desarrollado por Heclo quien analizó la política de bienestar de Suecia y Gran Bretaña a comienzos del siglo XX.¹² Este último autor, al igual que Rose(1976), ponen el énfasis en los *factores externos* al cambio de la política pública tales como las transformaciones sociales, económicas y políticas, así como las actuaciones de los gremios y las administraciones, particularmente los altos funcionarios Sabatier & Jenkins-Smith, 1993, pág.2; Roth, 2007). De acuerdo con Roth (2007), Sabatier y Jenkins-Smith proponen enriquecer este modelo explicativo inicial con la inclusión de *factores internos* a la política pública, especialmente aquellos relacionados con el aprendizaje político. Esta última, tiene que ver con el efecto que se genera sobre los actores y sobre la misma política debido a la retroacción *interna* (subrayado del autor) a la política que ocurre a lo largo del tiempo.

De acuerdo al **sistema de creencias** cada coalición de actores adopta una estrategia particular que le permita convertirse en la coalición dominante del proceso o, por lo menos, influir en el resultado de la política en consideración. De la misma manera, la estabilidad de tales estrategias depende de la continua revisión de los actores involucrados debido a la acumulación de experiencia a partir de la información técnica y científica. Esta información reviste de gran importancia el papel desempeñado por los científicos y los analistas de políticas públicas. El aprendizaje dentro o entre coaliciones, puede generar cambios en las políticas, debido a la modificación producida en el sistema de creencias de la coalición. Sin embargo, en concepto de los propios diseñadores de este enfoque, este proceso solo puede afectar a los aspectos secundarios del sistema de creencias, en tanto que los grandes cambios en los dos niveles restantes se explicarían por la influencia de variables exógenas al subsistema, como los relacionados con el medio físico o el entorno socioeconómico (Real, 2002); (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999). En general el Marco de

¹²En su estudio sobre Gran Bretaña y Suecia Heclo concluye que los cambios se debieron a i) las transformaciones políticas, económicas y sociales de gran escala y, ii) la interacción de las personas involucradas en una comunidad de política, considerando la competencia por el poder y los esfuerzos por desarrollar grandes significados de orientación de varios problemas relacionados con las políticas públicas.

las Coaliciones Promotoras (MCP), parte de cuatro premisas básicas como son (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993, págs. 16-17):

- a. El cambio de una política pública requiere de un periodo igual o superior a diez años, tiempo en el cual se puede observar la función de ilustración o aclaración (*enlightenment function*). En este periodo también se puede observar la influencia de los análisis de política públicas en la alteración de las percepciones e instrumentos conceptuales de quienes las hacen, al igual que los efectos acumulativos de hallazgos desde los análisis de políticas públicas y el conocimiento local. También se da el tiempo para completar el ciclo de la política pública con lo cual se obtiene un panorama amplio para identificar sus éxitos y fracasos.
- b. El camino más útil para pensar el cambio de política a través del tiempo es focalizándose en los **subsistemas de políticas**,¹³ los cuales permiten observar la interacción de actores que se proponen incidir en las decisiones gubernamentales en una determinada área de política.¹⁴ Los actores por su parte, no deben ser solo definidos en términos institucionales y se debe establecer los niveles de su

¹³Sabatier entiende los *subsistemas de política* como “la interacción de actores de diferentes instituciones que pretenden incidir en las decisiones gubernamentales en un área de política pública” (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993, pág. 16). Consideran que los estudios de caso confirman la validez del subsistema, los límites que señala y su definición dentro del ECD (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999). Sin embargo, consideran que es necesario distinguir entre subsistemas nacientes que emergen y están en proceso de formación y, los subsistemas maduros. Entre los criterios que identifican a los segundos, se pueden mencionar i) la existencia de participantes como una comunidad semi-autónoma, que comparte un campo de experticia, ii) la búsqueda de éstos para influir en un campo de política pública en el tiempo (en más de una década), iii) la existencia de subunidades especializadas dentro de las agencias y en todos los niveles gubernamentales para tratar el tema de política pública en cuestión y, iv) la existencia de grupos de interés o unidades especializadas que consideren el tema en mención como un asunto fundamental de política pública (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999, pág. 136).

¹⁴De hecho los subsistemas funcionan como una especie de foros o escenarios en el que tienen lugar las políticas públicas y donde los actores aprenden y adquieren experiencia de estas relaciones. Igualmente, no todos los actores que se puedan encontrar en un subsistema de política pertenecen a una de las coaliciones defensoras. Los autores hacen relación a los “intermediarios de política” (*policy brokers*), como expertos o burócratas que poseen ciertas habilidades que pueden ofrecer a quienes estén interesados en mantener el nivel de conflicto dentro de determinados límites y lograr una solución razonable al problema. Ha de tenerse en cuenta que los postulados teóricos del MCP, también tienen una dimensión práctica que permite la utilización de mecanismos alternativos de solución de conflictos en los diferentes escenarios de debate de las políticas públicas.

actividad en el gobierno. De la misma manera, es necesario incluir periodistas, investigadores y analistas de políticas públicas, en la medida en que desempeñan un papel fundamental en la generación, difusión y evaluación de las ideas de política pública. Desde esta perspectiva los subsistemas superan la visión tradicional de los *triángulos de hierro* que solo incluyen las agencias administrativas, comités legislativos y grupos de interés.

- c. Los *subsistemas de política* integran el enfoque “de abajo hacia arriba” (*bottom-up approach*) e incluyen actores de todos los niveles del gobierno ya que en todos ellos se tiene la posibilidad de incidir en las políticas al poder desarrollar estrategias orientadas a influir en las decisiones gubernamentales.¹⁵
- d. Las políticas y programas públicos incorporan implícitamente teorías acerca de cómo lograr sus objetivos y pueden ser conceptualizados como *sistemas de creencias*. Éstas incorporan un conjunto de valores fundamentales y percepciones sobre la importancia de las relaciones causales, la magnitud del problema y la eficacia de los instrumentos de política pública.

El MCP resalta la importancia de los sistemas de valores y, es a partir de ellos, que las coaliciones que dominan el subsistema perciben el problema de la política e imaginan, proponen, construyen e implementan las medidas concretas en los escenarios institucionales, legislativos, reglamentarios, entre otros. De esta manera, la dificultad de realizar los cambios depende del grado de profundidad que requieran los mismos para el sistema de valores de la coalición dominante (Roth, 2007, pág. 172).

En una versión más reciente, la estructura del MCP (Sabatier y Weible, 2010, págs., 203-237), amplía el modelo inicialmente propuesto (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993, págs. 120-122), tal como se ilustra en la figura 1): i) un *subsistema de política* donde se encuentran

¹⁵ Pues como lo plantean Estévez y Esper (2007), en la práctica Sabatier y Jenkins-Smith no piensan en la burocracia como agente neutral, libre de intereses, por el contrario se trata de una organización con firmes convicciones, interesadas en alterar el rumbo de las cosas a favor de su propio interés.

las coaliciones (normalmente entre 2 y 4), así como los “mediadores de política”.¹⁶ Aquí la inconformidad sobre una política, la información y el conocimiento técnico son fundamentales ya que con ellos las coaliciones pueden atraer más actores; ii) *las coerciones y los recursos del entorno*, conformados a su vez por a) el *entorno estable* compuesto por los atributos específicos del problema, la distribución de los recursos naturales, la estructura social, los valores socioculturales, así como las reglas constitucionales fundamentales, b) el *entorno dinámico* en el que se encuentran los cambios en las condiciones socioeconómicas, en la opinión pública y del gobierno, al igual que las decisiones e impactos como resultado de los otros subsistemas de políticas públicas.

En una versión posterior, Sabatier y Weible (2010, págs. 204-205), incorporan un conjunto de “estructuras de oportunidad de coalición” en la celda de “recursos y restricciones”, que transmiten la medida en que los “parámetros del sistema estable” afectan el comportamiento de la coalición. De la misma manera, la celda de “recursos” se completa a través de la identificación de un conjunto de recursos y ciertas hipótesis pertinentes. En la misma figura se agregan dos caminos de cambio de políticas a la hipótesis original del MCP en el sentido en que un cambio importante de políticas requiere de un shock exógeno al subsistema: i) un camino de shock interno y, ii) un camino de acuerdo consensuado.

De la misma manera, describen algunos conceptos nuevos como el recurso del diablo (*devil shift*) y la condición de miembro de la coalición. El recurso del diablo se refiere a la desconfianza que se genera en relación con los de otras coalición y exacerba el miedo de que los opositores puedan ganar en la traducción de sus creencia en políticas propiamente dichas, situación que puede generar la alineación y cooperación entre los aliados (Sabatier & Weible, 2010, pág, 211).

¹⁶Aunque según Roth (2007, pág. 171), la distinción entre los miembros de las coaliciones y los mediadores (*policy brokers*) no es siempre evidente. En este sentido, el concepto de *brokers* (corredor), en Sabatier juega un papel de intermediario o puente entre las diferentes concepciones enfrentadas y que intentan la búsqueda de una solución “razonable” o “practicable” al problema (Idem). Comillas del texto original. No obstante, según Roth, quien habla propiamente de mediador, es Müller y parece tener un papel más activo que el de *brokers* (Comentario personal 27 de mayo de 2015).

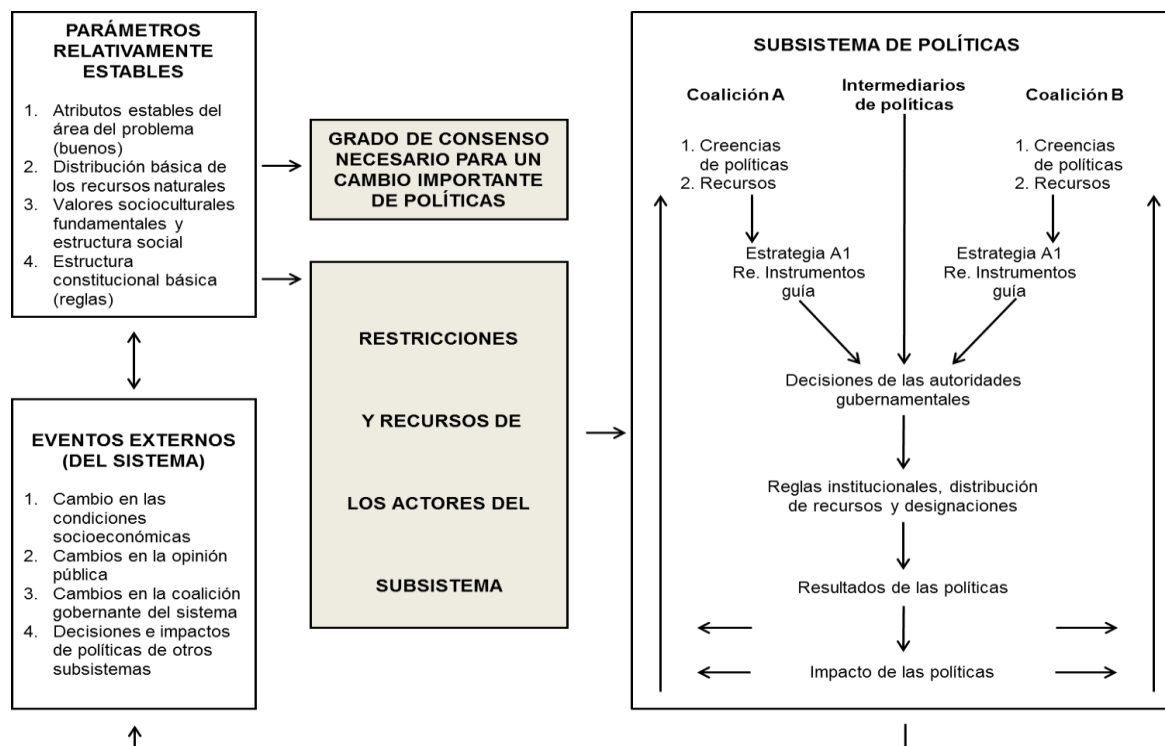
En general, exploran tres nuevos agregados importantes con relación al marco desde 1999, como son: i) el contexto dentro del cual funcionan las coaliciones, ii) una tipología de los recursos de las coaliciones y, iii) dos nuevos caminos que permiten un cambio importante de las políticas. El primer caso, describe el interés en los aspectos que afectan en gran medida los recursos y el comportamiento de las coaliciones promotoras, en el que se debe tener en cuenta tanto el grado de consenso requerido para un cambio importante de las políticas, así como la apertura del sistema político. El segundo caso, rescata la importancia del análisis de los recursos de las coaliciones, ya que normalmente las investigaciones se han centrado en el papel de las creencias de políticas, cuando el MCP ha considerado desde un principio estos dos factores. Presentan una tipología de algunos de los recursos que se suelen utilizar por las coaliciones tales como la autoridad legal, la opinión pública, la información, los grupos movilizables, los recursos financieros y el liderazgo hábil.

Sin embargo los autores reconocen que estos recursos pueden ser fácilmente conceptualizables, pero difíciles de operacionalizarlos y agruparlos. El tercer caso, agrega al shock externo al subsistema como causa necesaria del proceso de cambio de las políticas, el shock interno. Este último puede referirse a desastres desde dentro de los subsistemas de políticas. Para los autores, armonizando su propuesta con el modelo del individuo y los supuestos causales dentro del MCP, se presentan dos ramificaciones de los shocks internos en relación con los cambios de las políticas, uno de los cuales se comparte con el shock externo:

- a) los shocks internos y externos redistribuyen los recursos críticos de la política, lo cual significa que en los subsistemas de política se pone la atención pública en problemas pero tiene la posibilidad de atraer nuevos recursos críticos o de redistribuirlos, con lo cual se puede inclinar la estructura de poder desde una coalición dominante hacia otras minoritarias, competitivas o a otra coalición dominante diferente
- b) los shocks internos confirman las creencias sobre las políticas en las coaliciones promotoras minoritarias y aumentan la duda dentro de la coalición dominante. Esta última situación se puede presentar en aquellos casos en que se presenten grandes

fallas de las políticas y de los comportamientos de una coalición promotora dominante, lo cual afecta los sistemas de creencias de los participantes (Sabatier & Weible, 2010, págs. 216-221).

Figura 2-1 El modelo *Advocacy Coalition*



Fuente: Sabatier & Weible, 2010, pág. 205.

2.3.2 El Institucionalismo histórico

Como un enfoque diferente a las interpretaciones conductistas, los modelos de la elección racional y el estructural funcionalismo, surge a mediados de los años ochenta el **institucionalismo histórico** a partir del programa de investigación propuesto por Meter Evans, Dietrich Rueschmeyer y Theda Skocpol, con la obra *Bringing the State Back In*. En este periodo también se destacan los aportes de Sven Steinmo, Kathlen Thelen, Frank Longstreth, Peter Hall y James Moseney, Mark Aspinwall, Paul Pierson y Simon Bulmer. El aspecto fundamental de este enfoque reside en el estudio y la comprensión de las configuraciones organizacionales, con particular atención en las coyunturas críticas y los

procesos de largo plazo. Al aproximarse a cuestiones importantes, hace visible y comprensible contextos más amplios, así como procesos que interactúan, dan forma y reforman los estados, la política, al igual que el diseño de la política pública (Bedoya, 2009; Morales, 2010; Skocpol y Pierson, 2008).

De acuerdo con Skocpol y Pierson (2008), existen tres rasgos característicos del institucionalismo histórico: i) aborda cuestiones amplias y sustantivas, que pueden ser inherentemente de interés para públicos diversos, al igual que para otros intelectuales; ii) el tiempo es fundamental como forma de desarrollar argumentos explicativos sobre resultados importantes o enigmas ya que permite especificar secuencias, rastrear transformaciones, procesos de escala y temporalidad variable y; iii) analiza contextos macro y formula hipótesis sobre los efectos combinados de procesos e instituciones, en lugar de examinar una sola institución o proceso por vez. En el primer caso, se trata de explicar las variaciones en eventos, patrones o arreglos importantes o sorprendentes más que en dar respuesta sobre el comportamiento humano sin referencia alguna al contexto o que moldear procesos bastante generales presumiblemente aplicables a todos los lugares y momentos. En este sentido, es procedente realizar preguntas sobre las razones por las cuales un hecho importante tuvo o no lugar, o por qué ciertas estructuras o patrones toman forma en determinados lugares mientras que en otros no.

En el segundo caso, se llama la atención sobre las razones por las cuales es necesario comprender un resultado interesante o un set de arreglos en general, especificando que ello implica analizar procesos por medio de un periodo sustantivo de tiempo, que puede ser varias décadas e incluso siglos. Este aspecto permite simultáneamente poseer más datos y generar mayores variaciones con los resultados, especialmente teniendo en cuenta que muchos fenómenos de gran interés, como revoluciones, construcción de estados, democratización, entre otros, se presentan con relativa poca frecuencia o parcialmente en una porción particular del tiempo. Se tiene igualmente en cuenta las dimensiones históricas de la causalidad que deberían ser apoyadas no solamente por una correlación entre dos variables, sino por una teoría que explique las razones por las cuales tales conexiones deberían existir, al igual que por la evidencia que permita apoyar esa conexión teórica. Un ejemplo importante de las razones por las cuales la historia puede ser crítica a nivel de la causalidad involucra aseveraciones sobre la ***path dependence***. Este concepto puede ser entendido como procesos dependientes de la trayectoria y hace alusión a que los procesos

en una coyuntura crítica desatan mecanismos de retroalimentación que refuerzan la recurrencia de un patrón particular hacia el futuro. Estos procesos pueden estar bastante influidos por perturbaciones relativamente pequeñas en sus etapas iniciales, pero una vez que los actores se han involucrado en un camino particular, es probable que les resulte difícil revertir el curso. De esta manera, si en algún momento se tuvieron alternativas políticas plausibles, con el transcurrir del tiempo, las mismas pueden ser irrecuperables. Es decir, que los procesos o eventos que se generan en un momento determinado desencadenan coyunturas críticas que resultan bastante cruciales.

En el tercer caso, se analiza por ejemplo, cómo las instituciones influyen sobre el comportamiento político y dan forma a procesos que pueden ir desde la toma de decisiones en el ámbito parlamentario a lo propio de los movimientos sociales. En este punto Skocpol y Pierson, llaman la atención sobre las diferencias entre la elección racional y el institucionalismo histórico, la primera de las cuales, se suele enfocar en las reglas del juego que proveen soluciones de equilibrio a dilemas de acción colectiva. La segunda, por el contrario lleva a cabo análisis de nivel meso o macro en el que considera varias instituciones interactuando en contextos más amplios. Desde esta perspectiva, no se espera que las diferentes piezas institucionales encajen en un todo coherente, sino que se fija en las formas, así como en la manera en que diversas áreas institucionales y procesos se intersectan creando aperturas para actores que pueden generar cambios. Ello implica estudiar los orígenes, la estabilidad y el impacto de las configuraciones institucionales enteras, en ciertos casos para explicar los arreglos institucionales en sí mismos, y en otros, con el fin de usar variables que remiten a configuraciones institucionales para explicar resultados de interés.

La teoría del Estado desde esta corriente se basa en el enfoque weberiano, y se asume como forma de organización de poder social con capacidad para ser actor o arena política a la vez, lo que define su autonomía relativa. Esta última presenta una competencia en dos planos simultáneamente. En el primero, ejerce un poder coercitivo a través de las acciones de los agentes estatales que llevan a cabo las políticas en el territorio de su jurisdicción; mientras que en el segundo, mantiene la interacción permanente con otros estados y al interior del mismo estado desde la estructura legislativa. Esta es una de las razones por las cuales según Skocpol, el estudio del desarrollo histórico de la configuración institucional del Estado es importante para comprender el proceso de construcción de las políticas

(Morales, 2010, pág. 39). El ejercicio de la autonomía del Estado así como de su potencialidad para hacer realidad sus objetivos, manifiesto en su capacidad para oponerse a otros actores o para superar situaciones que parecieran inmodificables, es un asunto que no se explica solamente desde las mismas estructuras del Estado, sino que, como la afirma Scokpol, se requiere estudiar las políticas con enfoques articulados a los contextos socioeconómicos y culturales (García, 2009, pág. 48).

Desde la perspectiva histórica, algunos estudios consideran que las políticas públicas son ante todo acciones intencionales llevadas a cabo por actores que pretenden conseguir determinados objetivos. Este aspecto significa que las políticas no necesariamente responden a ciertas normas culturales o institucionales, como afirman algunos institucionalistas, como tampoco se puede asumir que tales objetivos e intereses defendidos por los actores son invariables y exógenos al sistema político como afirman los teóricos de la elección racional. La percepción que tienen los actores de su situación, así como de sus propias preferencias es influenciada en gran parte por el contexto institucional en el que se encuentran. De esta manera, las instituciones pueden ser consideradas como un conjunto de reglas que estructuran el curso de las acciones de los individuos, pero permiten al mismo tiempo un margen de libertad a partir del cual los mismos pueden escoger. Tales decisiones sin embargo, no están determinadamente definidas por el marco institucional, ya que siempre existen diferentes posibilidades de acción de los individuos a nivel táctico y estratégico (Bedoya, 2009).

Para autores como Farfán (2007), las políticas públicas vistas de esta manera se pueden entender como una función de las instituciones previamente establecidas al interior del Estado y como estructuras objetivas condicionantes de la acción de los individuos o grupos por medio de conjuntos de incentivos y sanciones que interactúan entre sí para generar diferentes resultados. Desde esta perspectiva, se podría observar el peso de las configuraciones institucionales sobre los administradores públicos, así como realizar un análisis institucional micro que aporta un conocimiento adicional a las explicaciones macro.

Para el autor anteriormente citado, existen diferentes instituciones tanto formales como informales, bajo la forma de leyes o rutinas, de valores o de codificaciones que actúan a manera de restricciones de la acción de los sujetos sociales en diversos niveles y planos. Pueden considerarse como diferentes órdenes institucionales que influyen o determinan la

acción social en cada uno de los diversos planos. En primer lugar, se encuentran los grandes acontecimientos o procesos (económicos, políticos y sociales), que influyen sobre el surgimiento de las instituciones, y que por lo mismo, condicionan las políticas públicas. Tales acontecimientos pueden determinar el éxito de un proyecto o idea que aspira a constituirse en política institucionalizada.

En segundo lugar, el papel de los diferentes grupos sociales, estratos, clases, asociaciones formales e informales de individuos, así como de grupos de presión, quienes actúan política y socialmente en *coaliciones* de diferentes tipos. Estas últimas pueden establecerse entre diferentes sectores tales como financieros, industriales, comerciantes, empresarios agrícolas, terratenientes, trabajadores urbanos y campesinos entre otros, quienes suelen estar representados a su vez, por partidos políticos, grupos de presión, sindicatos e incluso por organismos internacionales. Este orden institucional actúa a un nivel más particular que el de los grandes acontecimientos que favorecen la aparición de una política pública, pero corresponde aún a una dimensión macrosocial que requiere, por lo tanto, ser estudiada. En tercer lugar, se encuentra otro orden institucional que se distingue de los anteriores por su grado de proximidad con los tomadores de decisión de política. Se trata de un nivel microsociales al que pertenecen i) los arreglos institucionales al interior del Estado, por un lado y, ii) las llamadas comunidades del discurso, por el otro. Los primeros se refieren tanto a los sistemas o procedimientos de reclutamiento como a la movilidad de las burocracias y de la clase política, al tiempo que son quienes ocupan cargos clave dentro del Estado. Las segundas, corresponden a las organizaciones que se encargan de promover proyectos o ideas de política pública a partir de las cuales los tomadores de decisión eligen según sus preferencias. Aquí se encuentran las asociaciones de profesionales o ideólogos que establecen prescripciones acerca de las políticas gubernamentales, tales como las universidades, escuelas o los *think tanks*, e incluso las comisiones ad hoc conformadas para elaborar una propuesta gubernamental concreta.

2.3.3 La Sociología histórica

Dentro de esta perspectiva se destacan los aportes de Michael Mann quien comprende las sociedades como múltiples redes socioespaciales de poder superpuestas e interconectadas, las cuales se constituyen a su vez en medios para alcanzar los objetivos perseguidos. Estas redes, que son fuentes de poder social en sí mismas, están

organizadas en cuatro tipos, según la primacía entre ellas como son las ideológicas, económicas, políticas y militares. Para Mann las relaciones de poder de carácter político se refieren ineludiblemente a las relaciones entre el Estado y el resto de la organización social, similar a lo planteado por Skocpol. De esta manera Mann, tomó distancia de Marx respecto a la noción de poder, y asumió la expresión del poder político igualmente en los intersticios entre las fuentes donde se producen algunas de las confrontaciones más importantes, ya que pueden dar lugar a fuerzas de transformación como producto de su lucha permanente con las fuerzas de conservación (Morales, 2010, pág. 41).

Cada una de estas fuentes de poder genera formas específicas de organización de las relaciones sociales, con particularidades que se definen de acuerdo a las características del tipo de poder que predomina en cada fuente. Los cambios en las sociedades tienen lugar por el predominio de una de las fuentes del poder social sobre las otras, como producto de la interacción en el tiempo, que define a su vez cierta especificidad de la organización del conjunto de las redes de poder constitutivas de la sociedad particular. Sin embargo, este predominio no es más que una resultante, ya que no depende de ninguna ley ni es definitivo. Esta perspectiva es muy cercana a la de Foucault quien considera que los sujetos ejercen poder en cada una de las relaciones que establecen con los demás y normalmente ofrecen resistencias a las intenciones de conductas externas sean o no visibles e institucionales (Hernández, 2003, págs. 230).

Para Mann las características y capacidades de los estados modernos mantiene activa las confrontaciones entre las instituciones y los actores al desplegar un poder despótico e infraestructural en su acción política, así como en su capacidad para apoyarse en fuerzas políticas. No obstante el Estado no actúa solo, sino que tiene instituciones y recursos que ninguno de los otros actores posee por sí mismos; ejerce un poder despótico para el moldeado de la sociedad, mediante la expresión del autoritarismo, de forma centralizada y circunscrito al territorio de su jurisdicción (Morales, 2010, pág.42).

El poder despótico hace referencia al poder distributivo de las élites estatales sobre la sociedad civil y procede de un abanico de acciones que estas élites emprenden al margen de la negociación habitual con los otros grupos de la sociedad civil. Así mismo se desprende del hecho de que únicamente el Estado se encuentre intrínsecamente organizado en función del territorio y cumpla funciones sociales que requieren esta forma

de organización, pero que los actores de los demás poderes (ideológico, económico y militar), organizados sobre bases diferentes no pueden realizar. Por su parte, el poder infraestructural se refiere a la capacidad institucional de un Estado central (que puede ser o no despótico), para penetrar en sus territorios y llevar a cabo decisiones a nivel logístico. Se puede caracterizar como un poder colectivo, de un “poder a través de” la sociedad, que coordina la vida social mediante las infraestructuras estatales. Comporta de esta manera, un Estado como conjunto de instituciones centrales y radiales que penetra en sus territorios (Mann, 1997, págs. 89-90). Comillas del texto original.

Para el análisis del POS, es necesario tener en cuenta a nivel de contexto de la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud, esta perspectiva de las redes de poder organizadas y superpuestas, ya que establece las relaciones sociales, económicas y políticas en las cuales dicho proceso tuvo lugar.

2.3.4 El análisis de contenido como complemento del enfoque teórico-metodológico

Para algunos autores, la investigación cualitativa permite la posibilidad de asumir ponderaciones y regulaciones científicas propias desde una perspectiva en particular, que genera conocimiento acorde a los objetivos de base de tales orientaciones. Aún con la ventaja que le otorga su flexibilidad, no debe conformarse con una menor exigencia en términos de su sistematización y robustez metodológica. Dentro de este contexto, ciertos procedimientos de investigación asumidos desde sus orígenes como cuantitativos y por lo tanto supuestamente objetivos respecto a su aplicabilidad y resultados, han sido reconsiderados como herramientas útiles y adaptables a los fines de los estudios cualitativos. El propósito básico es que métodos y técnicas tradicionales puedan ser un aporte efectivo tanto a la investigación científica del paradigma emergente, como un soporte a la sistematización y robustez mencionadas, con el fin de asumir los interrogantes siempre presentes acerca de la validez y confiabilidad (Mayring, 2000); (Pérez, 1994) citados por Cáceres (2003, pág. 2).

El análisis del material recogido en campo o documental, en términos generales pretende i) superar la incertidumbre, dando respuestas a las preguntas, hipótesis y supuestos; ii) enriquecimiento de la lectura, que implica mirar más allá de lo espontáneo en busca de la

comprensión de significados y de las estructuras relevantes latentes y; iii) integración de hallazgos, develando la lógica interna subyacente de los discursos, los comportamientos y las relaciones (Bardin, 1979, pag, 29, citado por Minayo, 2010, pag. 300).

[...] De esta manera, un análisis del material cualitativo posee tres finalidades complementarias dentro de la propuesta de investigación: a) una primera es heurística. Es decir, interesarse en el contexto de descubrir lo que la investigación se propone. b) la segunda es la <<administración de las pruebas>>, que se realiza mediante el contraste entre los datos, las hipótesis o los presupuestos. (c) la tercera es la de ampliar la comprensión de contextos culturales, sobrepasando el nivel espontáneo de los mensajes (Bardin, 1979), citado por Minayo (2010, pág. 300). Traducción libre.

Dentro de los diferentes procedimientos cualitativos puede mencionarse el **análisis de contenido**, normalmente considerado como una técnica centrada en la investigación textual, especialmente en el campo de las comunicaciones de masas (Silverman, 2009, pág. 149). Aunque inicialmente el análisis de contenido estuvo vinculado con la objetivación de las comunicaciones humanas, ha venido ganando importancia a partir de su debatida complementariedad con propósitos cualitativos, que lo reposicionan gracias a su fertilidad analítica debido a la generación de categorías a partir de los datos (Pérez, 1994) (citado por Cáceres, 2003, págs. 2-3). Su definición ha sufrido variaciones a través del tiempo desde enfoques que ponen el énfasis en la cuantificación de los resultados, lo cual fue revolucionario en sus etapas iniciales, hasta enfoques que priorizan la incorporación del dato cualitativo como la mayor riqueza de este procedimiento (Bardin, 1952; 1996; Mayring, 2000), citados por Cáceres (2003, págs. 54-55).

Más recientemente Pick y López (1990) citados en Páramo (2008, pág. 206) definen el análisis de contenido como “el estudio de las diferentes partes del documento que se está revisando, de acuerdo con categorías preestablecidas por el investigador, con el fin de determinar los puntos más importantes de dicho documento”. Respecto al discurso, este procedimiento permite analizar y cuantificar los materiales de la comunicación humana. En general, puede analizarse con detalle y profundidad el contenido de cualquier comunicación: en código lingüístico oral, icónico, gestual, gestual signado, etc y sea cual fuere el número de personas implicadas en la comunicación (una persona, diálogo, grupo restringido, comunicación de masas, etc), pudiendo emplear cualquier instrumento de

compendio de datos como, por ejemplo, agendas, diarios, cartas, cuestionarios, encuestas, test proyectivos, libros, anuncios, entrevistas, radio, televisión, entre otros (Holsti: 1968) citado por Porta y Silva (s.f, pág. 8). Actualmente esta técnica ha abandonado los límites de los medios de comunicación y se utiliza en marcos cada vez más variados, desde el contenido de las producciones personales como técnica auxiliar al análisis de datos obtenidos, a través de encuestas, entrevistas, registros de observación, etc".(Pérez Serrano, 1993:133, citado por Porta & Silva, s.f, pág. 8). En la presente investigación permitió la identificación de categorías que emergieron del análisis estadístico y documental analizado.

3 Método de investigación

3.1 Tipo de investigación

La presente investigación se inscribe en la perspectiva interpretativa-explicativa y adopta los diseños metodológicos del análisis de contenido y estadístico, cuya descripción se menciona más adelante. La importancia del método adoptado radica en la visión holística respecto al fenómeno ubicado en un contexto sociopolítico e histórico a partir del cual tomaron significado los datos, los documentos y demás fuentes de referencia para el trabajo investigativo.

Este trabajo se orienta hacia la objetivación de un fenómeno no estructurado, razón por la cual se propone su re-construcción mediante el análisis crítico de contenidos de documentos, tales como acuerdos, leyes, artículos, comunicados, entre otros, estructurados en el contexto sociopolítico de la reformas del sistema de salud a partir de los años 90.

3.2 Diseño de la investigación

En coherencia con los objetivos propuestos, el diseño investigativo desde la perspectiva cualitativa-explicativa se inscribe en las categorías descriptiva-relacional, en la medida en que se propone contextualizar los datos empíricos con las características relevantes de las reformas del SGSSS en las que ha tenido lugar el proceso de elaboración del POS. La técnica del análisis de contenido y estadístico permitió explorar las relaciones entre las Coaliciones Promotoras que intervinieron en el proceso de formulación del POS, así como las diferentes conceptualizaciones sobre la salud.

3.3 Fuentes de información y banco documental

La documentación utilizada en la presente investigación estuvo conformada por las siguientes fuentes primarias y secundarias:

Fuentes primarias:

- Leyes, decretos, y resoluciones relacionados con el SGSSS
- Acuerdos del CNSSS-CRES sobre actualización y aclaración del POS en el periodo 1994-2010, así como las actas
- Actas e informes del CNSSS/CRES a las comisiones séptima de Cámara de Representantes y Senado.
- Selección de informes de debates en el Congreso de la República sobre el POS

Fuentes secundarias (con relación a la reforma del SGSSS en general y del POS en particular):

- Documentos investigativos, monografías y tesis de grado
- Textos publicados por centros, institutos de investigación y universidades
- Selección de artículos y opiniones publicadas en la prensa escrita y página web.

3.4 Método de investigación y técnicas

La re-construcción del proceso de formulación del POS combinó:

i) La consulta sobre las investigaciones llevadas a cabo sobre la reforma del SGSSS en el contexto nacional e internacional, así como las relacionadas con el POS.

ii) El análisis de los datos empíricos cualitativos que se obtuvieron en el análisis documental escrito. Con el fin de organizar el material empírico se establecieron dos categorías de análisis que permitieron orientar la investigación del objeto de estudio como son:

- *Discursos de los actores en los procesos de formulación y actualización del POS dentro del CNSSS/CRES* y cuyo campo de investigación fueron las Actas emitidas en este espacio institucional de discusión de los mismos.

- *Discursos de los actores externos al CNSSS/CRES*, y su ámbito de investigación fueron los pronunciamientos en prensa, y para el caso de los congresistas, adicionalmente, los debates en Senado y Cámara de Representantes durante las discusiones de los Proyectos de Ley 155 Senado (que dio origen a la Ley 100/93), y 02 Senado (que originó la Ley 1122/07).

Este ejercicio permitió un acercamiento a las creencias y valores de los actores respecto al proceso de definición y actualización del POS en el periodo analizado a partir de los cuales se pudieron identificar las diferentes coaliciones. El material empírico incluyó el análisis de 274 discursos (135 del CNSSS/CRES; 139 de actores externos al CNSSS/CRES) y 102 actores organizaciones/personales.

En una primera etapa, se recurrió a las técnicas del análisis de contenido y se adoptó como criterio definir en cada uno de las cuatro coyunturas críticas estudiadas las diferentes categorías de las coaliciones, los discursos, la posición política, las razones,¹⁷ los recursos y las propuestas de las mismas respecto al proceso de actualización del POS

En una segunda etapa, se llevó a cabo el análisis estadístico que combinó las técnicas de análisis multivariado (específicamente las escalas multidimensionales, MDS, y análisis de correspondencias múltiples) y el análisis bidimensional. Para este procedimiento se recurrió al uso del Programa Estadístico System Packege for the Science Social (SPSS), versión 22.

3.4.1 Procedimiento del análisis de contenido

Se tuvo en cuenta las fases del análisis de contenido enunciadas por Silverman (2009, pág. 149), y la adaptación de Duverger (1962), realizada por Ocampo (2008, Pág.209-

¹⁷ En el caso de “las razones”, solo fue posible para los actores externos al CNSSS/CRES, pues para estos últimos no se obtuvieron los datos suficientes requeridos por el programa estadístico.

211). Una vez definidos previamente los objetivos y supuestos de la presente investigación, se procedió de la siguiente manera:

a) Selección de textos específicos relevantes para el problema de investigación: con el fin de determinar lo que se debería observar y registrar, y lo que se constituiría como *datos* (unidades portadoras de información),¹⁸ se procedió inicialmente a la definición de las *unidades de análisis*, entendidas como los fragmentos de la comunicación que sirven como base para la investigación, los cuales debe ser caracterizados e individualizados, para ser posteriormente categorizados y relacionados, de tal manera que permita hacer inferencias sobre los mismos (Cáceres, 2003); (Ocampo, 2008, pág. 208). Estas unidades pueden ser palabras, frases, párrafos, artículos, libros, emisiones de televisión o radio, entre otros, en la medida en que sean estandarizadas en cada investigación en particular. En el presente estudio se tomó como unidad de análisis frases y párrafos usando como palabra clave el POS en las que se diera cuenta de su proceso de definición, actualización y modificación en el periodo estudiado. El POS como palabra adquirió significado dentro del conjunto de las demás que constituían frases o párrafos y sirvió para delimitar la extensión de los mismos.

b) Elección de una muestra de textos si hubiera muchos para analizar completamente: el material de análisis estuvo constituido por documentos de orden legal como proyectos de ley y leyes discutidas en las comisiones séptima de Senado y Cámara de Representantes, actas y acuerdos del CNSSS/CRES, periódicos especializados en el tema, como El Pulso así como periódicos y revistas de circulación nacional. Posteriormente se designaron todos los documentos con una enumeración seriada de forma tal que permitiera en todo

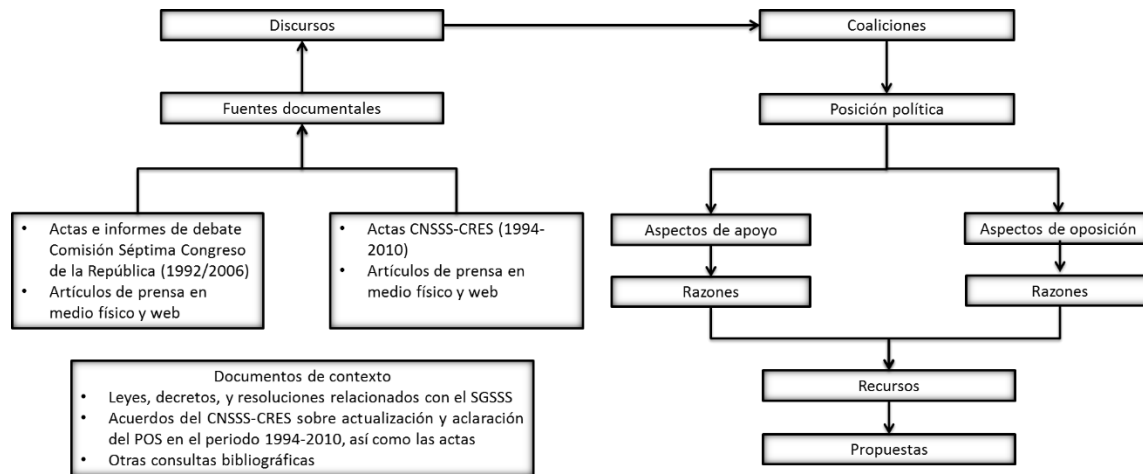
¹⁸Silverman (2009, pág. 356), distingue: i) datos que ocurren naturalmente: son aquellos que derivan directamente de situaciones que existen independientemente de la intervención del investigador, tales como las conversaciones cotidianas (se excluyen las entrevistas); ii) datos provocados por el investigador: son los efectivamente creados por el investigador, los cuales no existirían sin su intervención, entre los que se pueden mencionar las entrevistas y los grupos focales y; iii) datos textuales: que consisten en palabras y/o imágenes registradas sin la intervención de un investigador, por ejemplo, por medio de una entrevista. En el mismo sentido, otro autor entiende como datos los recuentos que los participantes realizan de acciones o acontecimientos tales como los recuerdan, o también, como textos, observaciones, artículos y videos semejantes recopilados por el investigador (Strauss & Corbin, 2002, pág. 64).

momento su manipulación permanente en todas las etapas de la investigación: evaluación, clasificación, codificación y categorización.

c) Construcción de una estructura de codificación (esquema de categorización) que se ajuste tanto a las consideraciones teóricas como materiales: las categorías son los conceptos que derivan de los datos, que representan fenómenos, los cuales a su vez son ideas analíticas pertinentes que emergen de los datos de la investigación (Strauss & Corbin, 2002, pág. 124). La categorización, según Porta, consiste en el proceso operativo de clasificar los elementos de un conjunto a partir de criterios previamente definidos. Es un aspecto clave de esta técnica de investigación, ya que de la determinación de las categorías depende la selección y clasificación de la información buscada (Ocampo, 2008, pág. 209).

d) Identificación de categorías: en la medida en que se trataba de indagar sobre la posición de las diferentes coaliciones respecto al POS, las razones de su apoyo, los recursos y propuestas utilizadas (figura 3-1), se recurrió a aquellas categorías llamadas **de apreciación** o **de juicio** y, categorías **de actores** o **de personas** (Duverger, 1962, citado por Ocampo, 2008, Pág.209-211). Las primeras, incluyen los aspectos relacionados con la toma de posición. En el caso del POS, se puede analizar por ejemplo, la prensa favorable y desfavorable ante el fallo de la Corte Constitucional en su sentencia T-760/08, la declaratoria de la Emergencia Social (ES), o bien, usar un sistema de matización de las posiciones tomadas por los diferentes actores desde sus respectivos marcos cognitivos, sistemas de creencias y valores. Las segundas, toman en cuenta el status personal y el tipo de actor: por ejemplo perteneciente al CNSSS/CRES, al Congreso de la República, partido político, académico, periodista, etc.

Figura 3-1. Método general del análisis de contenido para la identificación de las coaliciones, la posición política, las razones de apoyo u oposición, recursos y propuestas



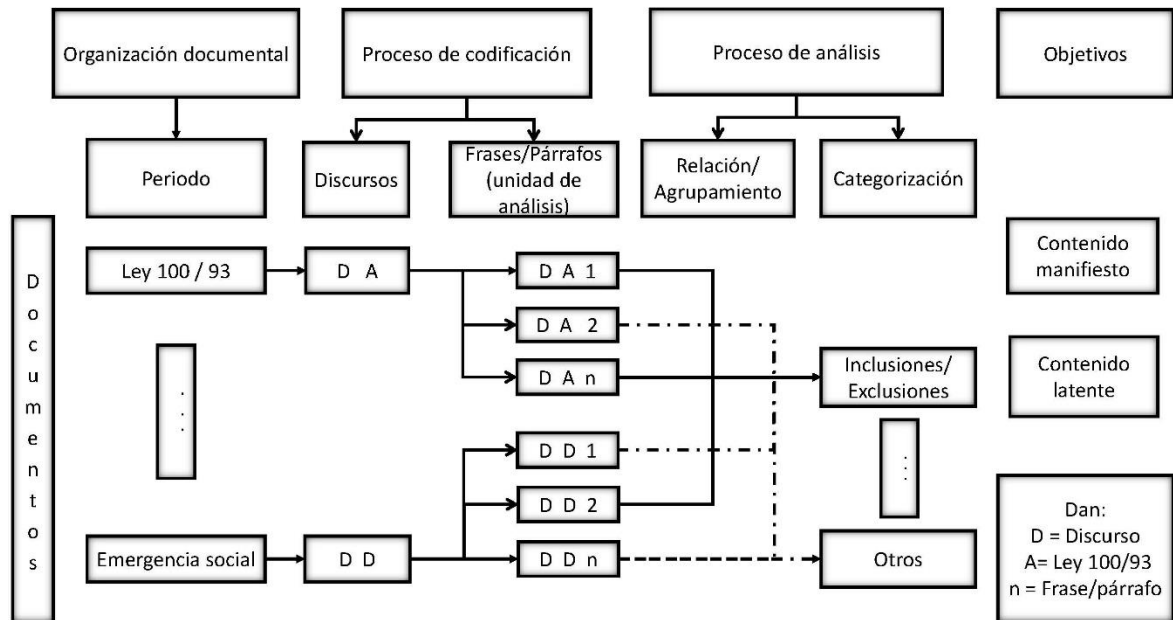
A nivel operativo se procedió de la siguiente manera (Strauss & Corbin, 2002, págs. 132-134): i) se analizaron oraciones y párrafos completos con el fin de encontrar la idea principal en cada uno de ellos, ii) una vez identificada esta última, se le asignó un nombre o código para un análisis más detallado, iii) se llevaron a cabo las respectivas conceptualizaciones y agrupamiento de códigos de acuerdo a sus propiedades y dimensiones. La conceptualización consistió en agrupar puntos similares a partir de ciertas propiedades definidas y otorgarles un nombre que represente el vínculo común. iv) Se relacionaron los códigos de acuerdo a los objetivos y supuestos de la investigación y, v) finalmente se elaboró una matriz del proceso de codificación.

El proceso de codificación se realizó en dos etapas:

a) Identificación de las categorías de discursos: análisis de fragmentos y párrafos codificados para la identificación de las categorías de los discursos (Figura 3 -2).

b) Elaboración de las matrices: análisis de fragmentos y párrafos codificados de las posiciones políticas (de apoyo/oposición), razones de las posiciones políticas, recursos utilizados y propuestas de los actores. Estos últimos también se codificaron dependiendo de la organización de pertenencia o el cargo (Tabla 3-1).

Figura 3-2 Proceso de codificación y elaboración de categorías



Este procedimiento se realizó para i) actores externos al CNSSS/CRES y, ii) actores del CNSSS/CRES. Los ejemplos de codificación se muestran en la tabla 3-1.

Tabla 3-1 Matriz del proceso de codificación.

Proceso de codificación			
Código del discurso	Frase / oración (Unidad de análisis)	Código de la unidad de análisis *	Categoría
DB	"...el Estado garantizará a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho fundamental e irrenunciable a la atención en salud..."	DB5	Salud como derecho
DC	"...Cualquier expectativa o proceso dirigido a racionalizar o a definir qué cubre o qué no cubre un plan de beneficios tendrá una lucha contra el derecho constitucional establecido... Cualquier pretensión de hacer un POS en función de niveles de complejidad, de dar sólo el primer nivel a los pobres o de atender sólo las enfermedades más frecuentes, siempre será restrictiva, economicista, y acabará en un fracaso legal y constitucional, y en un problema social..."	DC43	
DC	"... a cada problema se le debe construir la canasta óptima de intervenciones, procedimientos y atenciones, curación o minimización de secuelas de la manera más costo-efectiva".	DC35	Salud como factor económico
DA	"...es fundamental mejorar la calidad y cantidad de los servicios ofrecidos a los afiliados al Sistema, procurando el equilibrio económico..."	DAC4	
...
DD	...	...	Otros

* La primera letra del código (D), significa discurso; la segunda letra (A, B, C o D), corresponde a las coyunturas críticas Ley 100/93, Ley 1122/07, Sentencia T-760 y, Emergencia Social, respectivamente; el número, se refiere a la frase/párrafo.

Con base en los criterios descritos anteriormente, se obtuvo la categorización de i) 11 tipos de discursos, ii) 25 grupos de posición política de apoyo/oposición, iii) 20 grupos de razones de apoyo/oposición, iv) 14 grupos de recursos, v) 9 grupos de propuestas y, vi) 31 actores del CNSSS/CRES (incluyendo invitados especiales) y 71 actores externos al CNSSS/CRES.

3.4.2 Análisis estadístico

El análisis estadístico combinó tres métodos de acuerdo al ajuste de las respectivas variables a cada uno de ellos, al igual que a los objetivos de la investigación: i) escalas multidimensionales ii) análisis de correspondencias múltiples y, iii) análisis bidimensional. El primero se utilizó en la identificación de las semejanzas y diferencias de las once categorías de discursos, así como en la conformación de las respectivas coaliciones por actores; el segundo se aplicó en la identificación de la posición política (grupos de aspectos que se apoyan o a los que se oponen) por parte de las coaliciones; mientras que el tercero fue necesario para el estudio de pares de variables como grupos de razones de la posición política asumida, los recursos utilizados y las propuestas, por cada una de las coaliciones.

i) El Escalamiento Multidimensional (EMD) (Malhotra, 2008); (Orobio, 2011), o análisis multidimensional (MDS, por sus siglas en inglés) (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1999), conocido igualmente como elaboración de mapas perceptuales, es una técnica a partir de la cual es posible determinar la imagen percibida relativa de un conjunto de aspectos (llamados técnicamente objetos). En el caso del POS, por ejemplo, aquellos relacionados con la ampliación de los contenidos, el aumento de la cobertura, la eliminación de los copagos, entre otros, los cuales pueden constituir percepciones habituales de las respectivas coaliciones. Tiene como fin transformar los juicios de similitud o preferencia del encuestado (en este caso del actor analizado a través de las fuentes documentales escritas), en distancias representadas en un espacio multidimensional. Así por ejemplo, si los aspectos A (defensa del carácter financiero del SGSSS) y B (defensa del criterio del perfil epidemiológico), son considerados por las coaliciones, como el par más similar, la distancia entre ellos es menor que la que habría entre cualquier otro par de aspectos (defensa de la salud como derecho humano fundamental, por una parte y; eliminación de las barreras de acceso a los servicios de salud, por la otra). Como resultado final, el mapa perceptual (también llamado mapa espacial), muestra la situación relativa de todos los aspectos. Los ejes del mapa espacial denotarían las bases psicológicas o dimensiones subyacentes que utilizan las coaliciones para la formación de las percepciones y

preferencias de los estímulos (figura 3-3)¹⁹ (Ver pruebas de confiabilidad y validez anexo A). Este procedimiento permitió la representación gráfica de los discursos y la conformación de las once coaliciones.

Figura 3-3 Mapa perceptual de objetos

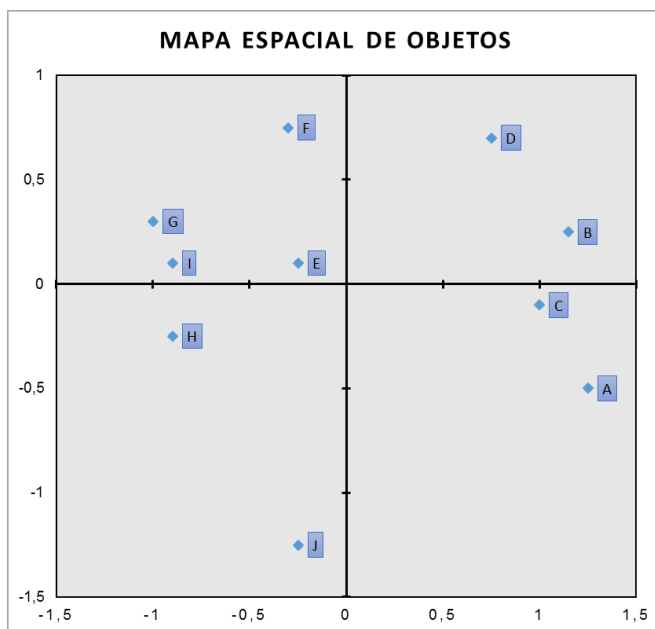


Ilustración de un mapa multidimensional de percepción sobre diez aspectos, donde GI son los más semejantes, y DJ los más diferentes.

Fuente: Adaptado de Malhotra (2008, pág. 669)

ii) El análisis de correspondencias múltiples: también conocido como análisis factorial de correspondencias, es una técnica del MDS para escalar datos cualitativos que tiene como objetivo reducir una serie de variables observadas a un conjunto de variables latentes conocidas como factores. Específicamente se propone indagar sobre las relaciones establecidas entre dos o más variables categóricas observadas en una misma población, de forma que se pueda explicar cómo se relacionan los diferentes valores o categorías entre sí, al igual que presentar a través de una o varias gráficas, la mayor

¹⁹ El mapa perceptual se debe considerar como un resumen de asociaciones, pero es posible que omita algunos detalles, por lo que resulta importante complementarlo con la tabla de similitudes (Orobio, 2011, pág. 282)

cantidad de información registrada en una tabla de frecuencias o datos positivos. Para el caso específico de este trabajo, sirvió para establecer la posición política de apoyo u oposición de aspectos como la actualización, universalización e igualación del POS; la sostenibilidad financiera del sistema; la intermediación de las EPS, etc. De esta forma, los posicionamientos o mapas de imagen son la representación gráfica de las mismas que facilitan la interpretación del análisis de correspondencias²⁰. Esta representación gráfica permite ver la proximidad o lejanía entre las diferentes categorías, de manera que para cada una de las variables, las categorías ubicadas cerca de otras, muestran la similitud respecto a su distribución, en tanto que para las más lejanas, es lo opuesto (Díaz de Rada, 2002, pág. 157); (Orobio, 2011, pág. 246). (Ver pruebas de confiabilidad y validez anexo B).

iii) El análisis bidimensional: este procedimiento consistió en el estudio de pares de variables, que para la presente investigación resultó importante para la elaboración de las tablas de frecuencias de los grupos de: a) posición política de aspectos que se apoyan /no se apoyan, b) razones de estas posiciones, c) recursos interpuestos y, d) propuestas con relación a cada una de las coaliciones. Estas categorías fueron emergiendo del estudio.

²⁰ En marketing por ejemplo, el posicionamiento de un producto o una marca se concibe como la imagen mental que las personas tiene de los mismos. La construcción de los mapas de imagen se hacen a partir de un conjunto de preguntas a los encuestados en las que ellos asocian las marcas a los atributos que luego se representan en un número determinado de dimensiones o ejes (preferiblemente no mayor de dos para facilitar el análisis) (Orobio, 2011, pág. 246).

4 Configuración institucional en el proceso de definición y actualización del POS

4.1 Coyuntura crítica Ley 100/93

Como ha sido documentado por algunas investigaciones (Molina, Muñoz, & Ramírez, 2009), las reformas del Estado colombiano y sus instituciones, entre ellas los sistemas de salud, se inscriben en el contexto de los programas de ajuste estructural impulsados por el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), la crisis fiscal de los países de la región, la limitada cobertura y calidad de los servicios, así como las crecientes necesidades de la población. Para autoras como Mónica Uribe (2009), si bien no se conoce un pronunciamiento específico del Banco Mundial durante la época del debate de la reforma en Colombia, los criterios establecidos por este organismo tanto en el documento “Una agenda para la reforma” de 1987, como en el informe “Invertir en salud” de 1993, fueron retomados por los equipos técnicos colombianos que lideraban la propuesta del Ejecutivo. En el informe de 1993 del BM se enfatizó en los aspectos que deberían garantizar los gobiernos para reorganizar los sistemas de salud, como la generación de condiciones para la competencia en el financiamiento y en la prestación de los servicios, con el propósito de regular los costos y supuestamente mejorar la satisfacción de los usuarios. Este aspecto se acompañó con el fortalecimiento del programa de créditos del BM dirigidos al sector de la salud, de tal manera que hacia la década de los años 90 este organismo se constituyó en la agencia internacional que más fondos prestó a estos países. Las cifras ascendieron en 1999 (según precios de 1996) a US \$ 16.800 millones en préstamos (Homedes & Ugalde , 2005a).

Con el inicio de los años noventa las acciones reformistas hicieron presencia en el escenario nacional con la expedición de la Ley 10 de 1990.²¹ / ²² El discurso oficial veía en la descentralización una política fundamental para mejorar la eficiencia y la efectividad del Estado, aumentar la cobertura, la calidad y la equidad en el acceso a los servicios al acercar la toma de decisiones a la comunidad. Esta ley concebía la salud como un servicio público a cargo del Estado y la descentralización como un medio para reordenar la oferta de servicios, así como las competencias administrativas. Se buscaba comprometer a los gobernantes y a las comunidades en la extensión de la cobertura, al igual que en el acceso a los servicios. Se estableció entonces que los municipios se responsabilizarían del manejo de los recursos y de la prestación de los servicios, en tanto que la formulación de las políticas y las normas sociales estarían a cargo del Ministerio de Salud, dejándole a la Superintendencia Nacional de Salud, las funciones de inspección, vigilancia y control. En la medida en que las comunidades tuvieron la posibilidad de tener un representante en las juntas directivas de los servicios, percibieron en la Ley 10 de 1990 una oportunidad para obtener atención en salud y ampliar su participación. Por su parte, otros actores sociales como los sindicatos de la salud, se manifestaron siempre en contra de la misma ya que asumían que la reestructuración se dirigía a debilitar aún más su estructura gremial (Uribe M. , 2009).

El alcance de la descentralización sólo llegó a influir a la red pública, sin afectar a los subsectores de seguridad social y privado, debido la autonomía institucional, técnica y financiera que cada uno de ellos tenía. Sin embargo, entre los aspectos considerados como favorables, además de la enunciación de la atención en salud como un "servicio público" a cargo del Estado, estaban las nuevas fuentes de financiación de la asistencia pública y aspectos centrales de la carrera administrativa de los trabajadores de la salud (Hernández, et.al, 2002).

²¹Aunque según una investigación (Yepes, Ramírez, Sánchez, Ramírez, & Jaramillo, 2010, pág. 14), en realidad el proceso de descentralización en salud había comenzado en la década anterior con la expedición de la Ley 12 de 1986 y sus decretos reglamentarios 77 y 78 que descentralizaron hospitales, centros y puestos de salud, acueductos y mataderos. También se transfirieron parte de los recursos del IVA a los municipios.

²²Ley 10 de 1990. "Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones".

Se llevó a cabo entonces el desarrollo del marco normativo con el cual el gobierno nacional buscaba transferir responsabilidades, especialmente en los sectores de salud y educación, a los departamentos y municipios. En este contexto, se llevó a cabo en el país la reforma constitucional de 1991 y hacia 1993, se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con la Ley 100 de 1993. La reforma generó una transformación en su marco institucional y en la configuración del propio sistema; el primer caso, manifiesto en la creación de normas para la operación del mismo en un ambiente de competencia regulada, y el segundo, expresado en la conformación del sistema con actores y organismos públicos y privados.

Los pilares de la Ley 100/1993 se fundamentan en los principios de universalidad, equidad, ampliación de cobertura, eficiencia, efectividad, libre escogencia y nuevas fuentes de recursos para la salud. Con el fin de lograr la universalización de la cobertura de los servicios de salud, esta ley introduce el sistema de aseguramiento con el cual se reduce el papel del sector público como proveedor de tales servicios y se incrementa la participación privada, posibilitando de esta manera, la creación de nuevas organizaciones, especialmente aseguradoras con ánimo de lucro. Según sus impulsores, esta norma permitiría además, el logro de los principios de mejoramiento de la eficiencia y la calidad, a través de la competencia y la libre selección de aseguradoras y prestadoras por parte de los usuarios. La equidad por su parte, así como la solidaridad, se alcanzaría con la completa autosuficiencia financiera del seguro para aquellos que puedan pagarlo y un esquema subsidiado para los pobres. Así las cosas, se suponía que el mercado aseguraría la optimización de los recursos contando con la función reguladora del Estado, al tiempo que se separaron las funciones de financiamiento, modulación, articulación y prestación.

Aplicación de la Competencia Regulada en Colombia

Este esquema de seguridad social en salud en Colombia retoma algunos elementos de la teoría de la **competencia regulada** (*regulated competition*)²³ desarrollada por Alain

²³ En algunos textos se habla indistintamente de competencia regulada, administrada, gerenciada o controlada, hecho que se debe al refinamiento que ha realizado el mismo Enthoven y un grupo de colegas de Jackson Hole Wyoming desde que este autor hablara en sus primeros artículos de *regulated competition*. Este término podría haber sido interpretado como el establecimiento de reglas rígidas del gobierno con el fin de organizar el mercado. No obstante, en su nueva versión el autor prefiere hablar de competencia administrada (*managed competition*) para referirse a un

Enthoven, 1988, 1993), cuyo diseño fue propuesto hacia finales de la década de los 70 para la realidad de los Estados Unidos. Su modelo incorpora los principios del mercado a los servicios de salud a través de dos ideas básicas: i) la creación de una red de planes médicos competitivos que operen bajo incentivos económicos que fomentan la eficiencia y, ii) el desarrollo de un marco regulatorio que asegure la operación de estos planes sobre una base que refleje los mejores intereses de la sociedad. Como condiciones necesarias la propuesta establece: i) la protección financiera para todos y, ii) la puesta en marcha de esquemas financieros en los que el usuario esté consciente del costo al escoger la entidad que le proveerá los servicios de salud. Con base en la aplicación de los principios microeconómicos y el contraste con las observaciones empíricas, el autor intenta demostrar que la competencia adecuadamente estructurada, conlleva un aumento significativo en la eficiencia sin sacrificar la equidad. En su modelo, la competencia se asume como un proceso en el que tiene lugar un sistema de seguro universal cuidadosamente diseñado y administrado que se fundamenta en la libre elección de un consumidor consciente del costo y una competencia de precios entre diferentes opciones de financiación y provisión de servicios. Aunque la idea es utilizar las fuerzas del mercado y la competencia para orientar los sistemas de salud hacia la eficiencia y la equidad, este proceso no debe realizarse a través de un libre mercado de financiación y provisión de servicios. Por el contrario, se requiere la especificación de una serie de condiciones para que grupos de compradores de seguros y de servicios de salud, utilicen el mecanismo de la competencia con la creación de incentivos que promuevan la calidad y la economía en la producción y organización de tales servicios. Pero quizás lo más importante es la configuración de un patrocinador que pueda definir un precio de póliza frente a unos beneficios similares para evitar las desigualdades según aportes de los individuos.

Para Enthoven (1988, pág.27; 1993), en un mercado libre constituido por aseguradores y proveedores por el lado de la oferta, y consumidores individuales por el lado de la

conjunto de herramientas que puedan ser manejadas de manera flexible y dinámica que permitan manejar el mercado de forma tal que se conjuren sus fallas en la consecución de la eficiencia y la equidad.

demanda, operando sin reglas cuidadosamente diseñadas podrían generar ganancias significativas o usar estrategias competitivas que terminarían destruyendo la eficiencia y la equidad, en la que el consumidor individual quedaría completamente desprotegido. Tales estrategias incluirían la selección de riesgos, la segmentación del mercado, la diferenciación de productos, la discontinuidad en la cobertura, el rechazo en el aseguramiento de ciertos individuos, la exclusión de cobertura para condiciones pre-existentes, la información sesgada sobre la cobertura y la calidad, así como la imposición de barreras de entrada al mercado.

Esta teoría puede considerarse como una estrategia de compra de servicios con el fin de obtener el máximo valor por el dinero que pagan los usuarios y utiliza una serie de reglas para la competencia que gratifica con más clientes e ingresos a aquellos planes de salud que hacen un “buen trabajo” al mejorar la calidad disminuyendo los costos y satisfaciendo a los usuarios. La calificación de este buen trabajo la hace un agente conocido con el nombre de patrocinador (*sponsor*) armado con datos y consejos de expertos, así como el consumidor consciente de los costos. En el caso colombiano, este patrocinador debería ser el Fosyga y se supone que es el máximo regulador que paga una póliza de referencia para los mismos beneficios (POS). Tales reglas deben ser diseñadas y administradas de manera que no recompensen aquellos planes de salud que seleccionan riesgos, segmentan el mercado o que no cumplan las reglas de la competencia. Esta última, debe darse a nivel de la integración de la financiación con los planes de beneficios y no a nivel de los proveedores individuales. Lo que se busca es dividir a éstos en cada comunidad dentro de unidades económicas competitivas y usar las fuerzas del mercado para motivarlos a desarrollar sistemas de servicios más eficientes (Enthoven A. , 1993, pág. 29).

El *Patrocinador* contrata, a nombre de los usuarios, a un asegurador de salud (preferiblemente que combine la financiación con la provisión de servicios) los beneficios cubiertos, los precios, los procedimientos de afiliación y otras condiciones de la participación de los usuarios. Este patrocinador estructura y ajusta el mercado de proveedores (que compiten entre sí) con el fin de establecer la equidad, crear una demanda elástica al precio y evitar la selección del riesgo. Su característica básica es la motivación por conseguir los servicios de salud de la más alta calidad posible para sus beneficiarios dentro de los fondos disponibles. Estos patrocinadores pueden ser de carácter gubernamental, privado o mixto, caso que resulta entendible para la realidad de

los Estados Unidos, por lo que Enthoven no pensó en uno solo, como sí ocurrió en Colombia.

Para un autor como Restrepo (2001, págs. 705-706), la reforma colombiana cumple con algunas condiciones para que funcione la competencia regulada, como es el caso del establecimiento de la protección financiera con carácter universal mediante un seguro de salud obligatorio. De la misma manera, crea las EPS como entidades compradoras de servicios médicos, las cuales son conscientes de los costos y deben actuar en nombre del usuario, así como ajustar la competencia entre los diferentes proveedores (IPS, profesionales de la salud, etc.). Deben igualmente, formar consciencia de los costos de estos últimos, así como entre las instituciones públicas y las del antiguo sistema de seguridad social. Un aspecto que es fundamental en esta teoría, es el papel del patrocinador, que en el caso colombiano no resulta completamente claro, ya que este rol le debería corresponder al Fosyga, pero es solo una fiducia. Las EPS entre tanto, cumplen con las funciones de administrar el proceso de afiliación, elegir a nombre de los afiliados, los diferentes proveedores y aplicar entre éstos reglas de juego que hagan elástica la demanda. Igualmente las EPS pueden controlar el consumo de servicios, vigilar la calidad e informar al usuario. La misma distribución que se da en el papel del patrocinador, ocurre con los instrumentos, en los que el gobierno fija y ajusta las primas, maneja los subsidios, estandariza el plan de beneficios, exige periodos abiertos de afiliación y la continuidad de la cobertura y, previene la selección de riesgo en el aseguramiento. Las EPS por su parte, vigilan el desempeño de los proveedores con relación al costo, la calidad de sus servicios y la discriminación que pudieran llegar a hacer sobre las personas que impliquen servicios de alto costo.

Según lo expuesto anteriormente, el papel del patrocinador lo asume el Estado respecto al mercado del aseguramiento con la creación del seguro público obligatorio. Habría sin embargo, una segunda instancia de seguro, en la medida en que las EPS corren un riesgo al recibir la prima como un pago per cápita, razón por la cual tienen el incentivo para seleccionar riesgos, a pesar del ajuste que se haga de esta prima. Aunque la norma prohíbe la práctica de selección de riesgo y tiene un organismo para su control, no hay una institución patrocinadora del usuario en la compra del seguro. Esta institución debería ser el Fosyga, pero no se comporta así, ya que simplemente les paga las UPC a las aseguradoras. Entre las condiciones teóricas de la competencia regulada que no se aplican

en el modelo colombiano, se puede mencionar la de sensibilizar al consumidor individual con relación al precio y al costo de los servicios. La única diferencia de precios que él podría tener es aquella relacionada con los planes complementarios.

Con la entrada en vigencia del SGSSS también entran nuevos actores como las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), la primera de las cuales pasa a dominar el aseguramiento en salud, que antes de la reforma era ofrecido en gran parte por el Estado y, de manera limitada, por algunas aseguradoras privadas que tenían el mercado de pólizas tradicionales de hospitalización y cirugías, así como de medicina prepagada. Por su parte, los hospitales públicos pasaron a convertirse en Empresas Sociales del Estado (ESE), regidas por una Junta Directiva con participación estatal, comunitaria y de profesionales de la salud, financiadas principalmente por la venta de servicios e incentivos financieros (McPake, Yepes, Lake, & Sánchez, 2003), citado por (Yepes, Ramírez, Sánchez, Ramírez, & Jaramillo, 2010).

Se crea también el Fondo de Seguridad y Garantía (Fosyga) como un encargo fiduciario quien administra los recursos del régimen contributivo, la subcuenta de solidaridad del régimen subsidiado, al igual que algunos recursos de promoción y prevención, y los del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).²⁴ Surge de la misma manera, las Asociaciones de Usuarios con el fin de que las personas afiliadas de los regímenes contributivo y subsidiado se unan en defensa de sus derechos y vigilen la calidad de los servicios. La Superintendencia de Salud se reforma y su nuevo papel tiene que ver con la autorización de los nuevos aseguradores al mercado regulado, supervisar su desempeño para prevenir la selección del riesgo moral y la selección adversa. Este organismo igualmente debe servir de instancia de quejas, control, sanción y consolidación entre los actores. Igualmente, las aseguradoras públicas que tenían sus clientelas cautivas y se financiaban con las contribuciones pagadas por los afiliados y sus empleadores, se vieron

²⁴Las subcuentas del Fosyga son: i) la de compensación, que maneja los recursos del régimen contributivo para la compensación de las EPS, ii) la de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, que maneja los recursos para la atención de los mismos, así como la de desastres naturales, iii) la de prevención y promoción de la salud y; iv) la de solidaridad en la que se maneja el 1,5% de los recursos que aportan los afiliados del RC para cofinanciar el RS.

obligadas a convertirse en EPS y que solo pueden disponer del valor correspondiente a la UPC (Yepes, Ramírez, Sánchez, Ramírez, & Jaramillo, 2010, págs. 22-24).

4.2 Coyuntura Crítica Ley 1122/07

Después de 14 años de implementadas estas reformas aún no se había logrado la universalización en el acceso a los servicios de salud y los regímenes contributivo y subsidiado seguían manteniendo profundas diferencias. Esta situación, según algunos investigadores (Yepes, Ramírez, Sánchez, Ramírez, & Jaramillo, 2010, pág. 21), se agravó aún más a partir de 2005 con el inicio de los llamados “subsidios parciales”, que en la práctica correspondían a unos servicios más reducidos que los del régimen subsidiado pleno. Este último estudio llamó la atención sobre las grandes limitaciones que tenía el esquema de competencia entre aseguradores en la medida en que la oferta de servicios estaba limitada al Plan Obligatorio de Salud (POS) establecido por la norma y el precio a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) fijado por el gobierno.²⁵ De esta manera, la competencia quedaba restringida a la eficiencia (más que a la calidad de los servicios) como control de gastos para garantizar la rentabilidad del negocio. La calidad a su vez también presentaba limitaciones implícitas en la carencia de información por parte de los usuarios y en la limitación de su derecho a la libre elección del que solo podía hacer uso una vez al año. De la misma manera, la segmentación de la población en diferentes regímenes de aseguramiento con POS también diferenciados generaba una situación inequitativa en la medida en que los pobres, que eran quienes más necesitaban, eran los que recibían menos. Para entender algunas de las fuentes de los problemas relacionados

²⁵ Las EPS obtienen sus ingresos a partir de i) la afiliación de un mayor número de usuarios, lo que representa un ingreso adicional ya que el sistema le reconoce a cada una de ellas una UPC por cada afiliado y; ii) los incrementos de la UPC por insuficiencia en la cobertura de costos relacionados con el cubrimiento del POS, así como por el aumento de los recobros por los servicios de salud no incluidos en el POS, cuyas variables pueden ser influenciadas dado el marco normativo expedido para tales fines.

De esta manera, las cantidades que corresponderían al mercado de servicios de aseguramiento en salud, serían medibles en términos de números de usuarios afiliados a la EPS, las cuales estarían incentivadas a diferenciar su oferta de servicios de aseguramiento con el fin de aumentar la cantidad de afiliados. Tal diferenciación de los servicios por parte de las EPS, y en consecuencia la competencia entre ellas, se daría en términos de a) calidad técnica y administrativa del servicio, b) cobertura geográfica, c) cobertura del aseguramiento y, d) facilidad y oportunidad del acceso a los servicios (Superintendencia de Industria y Comercio, 2011).

con el proceso de actualización del POS, era necesario abordar la forma como funcionaba el mercado regulado de aseguramiento en salud.

Algunas investigaciones (Molina, Muñoz, & Ramírez, 2009), han señalado la incoherencia de la estructura y la implementación del SGSSS con los principios constitucionales, lo que en la práctica se ha traducido en un conflicto entre los actores del sistema, especialmente entre quienes reclaman y defienden la atención en salud como derecho y aquellos que la consideran como un servicio privado vinculado con contratos entre instituciones y regido por las leyes del mercado. A partir de la investigación realizada entre 2007 y 2008 en las ciudades de Bogotá, Barranquilla, Bucaramanga, Medellín, Leticia y Pasto con entrevistas a personal clínico, administrativo y usuarios, este estudio revela la percepción negativa que los contactados tienen respecto al sistema de salud. A este último lo califican de desconocer la dignidad humana, las prácticas deshonestas de algunos actores, la falta de la solidaridad y la carencia de autonomía de los profesionales de la salud. Respecto a los partidos políticos, resaltan el fomento al clientelismo, la desviación de recursos de la salud para proyectos de su interés, la carencia del sentido de lo público y el sometimiento de algunas instituciones del sector a determinados partidos, entre otros.

Para Giraldo (2007), la dramática crisis hospitalaria es precisamente un reflejo del cambio en su sistema de financiación ya que los recursos no llegan ahora con fluidez a la atención de los usuarios, sino que quedan atrapados en la intermediación financiera. Los recursos fluyen a través de las aseguradoras (EPS), las cuales a su vez les pagan a los hospitales por la atención de los afiliados. Para este investigador, si los recursos fluyeran como lo hacían antes de la reforma, habría que buscar entonces la explicación de la crisis en otras causas. Con la nueva modalidad, el gobierno retiene el pago por la atención de la población llamada “vinculada”, el cual acumulaba en el 2004 una deuda con los hospitales aproximada de US \$ 500 millones (1.2 billones, 0,5% del PIB) (Villar, 2004, citado en Giraldo, (2007, pág. 222). Para Giraldo, el gobierno no gira los recursos porque los tiene atrapados en una cuenta de fiducia llamada Fosyga que para el 2004 equivalía al 30% aproximadamente del gasto público en salud y la mayor proporción de estos recursos se destinó a financiar el déficit fiscal mediante la inversión en Títulos del Tesoro Nacional (TES). De esta manera, los recursos dejaron de estar disponibles para financiar los hospitales al igual que los demás prestadores de salud. Esta situación aún continúa, pues según el Centro de Investigación y Desarrollo de la Universidad Nacional de Colombia

(CID)²⁶, el Ejecutivo invierte los recursos del Fosyga en TES, supuestamente como ahorro o previsión. De acuerdo con el CID, a diciembre de 2009 había un total de \$ 5.9 billones del Fondo invertidos en portafolios financieros. De la misma manera, los fondos de salud que no están asignados se utilizan para resolver problemas de caja del gobierno o para mantener la situación fiscal de acuerdo con las necesidades de los ajustes macroeconómicos (Giraldo C. , 2006).

Las aseguradoras (EPS) retienen y niegan pagos con el fin de obtener beneficios financieros utilizando la técnica de glosar las cuentas de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Para ello, recurren a cualquier minucia administrativa o contable, así como al desconocimiento de un porcentaje significativo de las facturas por considerar que tales tratamientos o medicamentos están por fuera del POS. Esto ha ocasionado una crisis financiera en los sistemas de atención a los usuarios, especialmente del sistema hospitalario como se mencionó anteriormente (Giraldo C. , 2006).

Con la expedición de la Ley 1122/07 y como respuesta a los graves problemas de corrupción asociado al mal uso de los recursos, se hacen algunos ajustes sobre el funcionamiento del sistema, entre los cuales se destaca la creación de la CRES que en adelante tendría entre otras funciones, la actualización del POS y la UPC. El CNSSS por su parte, pasaría a cumplir una función de consultoría y asesoría de la Comisión y del Ministerio de la Protección Social. Se aumentó en el 0,5% el aporte al Régimen Contributivo y el porcentaje del Sistema General de Participación al tiempo que disminuyeron los recursos provenientes de la nación. Se obligó a las EPS del Régimen Subsidiado a contratar mínimo el 60% de la UPC con las Empresas Sociales del Estado.

4.3 Coyuntura crítica Sentencia T-760/08

En julio 2008, la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional profirió la Sentencia T-760/08, donde resolvió 22 casos de tutela en las que se invocaba la protección del derecho a la salud. De ellas, 20 fueron presentadas por personas que requerían acceder a un servicio de salud, mientras que las 2 restantes fueron presentadas por la EPS Sanitas

²⁶(El Espectador, 2010p)

que pedía, en un caso, al Ministerio de la Protección Social, y en otro, al Consejo Superior de la Judicatura, el ajuste de la regulación en materia de recobros al FOSYGA. Esta alta corporación reiteró que “*el derecho a la salud es fundamental*”, lo cual no significa que sea absoluto. No obstante, como cualquier derecho fundamental, la salud tiene un núcleo esencial que debe ser garantizado a todas las personas, aunque el ámbito de este derecho puede ser objeto de limitaciones, que para ser admisibles, se deben justificar a la luz de los principios de razonabilidad y proporcionalidad. De esta manera, el derecho fundamental a la salud comprende, entre otros, “*el derecho a acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad*”.²⁷

Con relación al deber de proteger la salud, por parte de los órganos estatales respectivos, la Corte constató la existencia de fallas en la regulación, como el CNSSS y la CRES, así como omisiones por parte de los organismos de control como la SNS. En tal sentido, impartió órdenes encaminadas a asegurar la protección de manera efectiva del derecho a la salud y fijó un cronograma que posibilitaba un seguimiento estricto a su cumplimiento, y permitía la participación de la sociedad civil si lo deseara. Entre las diferentes órdenes, con respecto al POS, se destacan las siguientes: orden 17) adoptar medidas para eliminar la incertidumbre con relación al contenido de los planes de beneficios y lograr la actualización periódica de los mismos; orden 21) unificar los planes de beneficios (POS-C y POS-S), primero en el caso de los niños y, orden 22) luego unificar progresivamente en el caso de los adultos teniendo en cuenta su adecuada financiación.²⁸

No obstante, el cumplimiento de estas órdenes ha generado diferentes colisiones entre los actores del campo de la salud, incluido el Estado, en el que entran en juego consideraciones políticas, económicas y éticas. Para Hernández (2010), la Corte Constitucional identifica una serie de problemas de regulación por parte del Estado y de funcionamiento del sistema dentro del marco constitucional y legal vigente.²⁹ Según él, a

²⁷ Corte Constitucional (31 de julio de 2008), Sentencia T-760 de 2008. Comillas del texto original.

²⁸ Idem

²⁹ Para Hernández (2010), frente a la constatación de la incertidumbre en el contenido del derecho definido en el POS, los pronunciamientos de este tribunal, ordenan actualizar su contenido por medio de estudios técnicos atados a la situación epidemiológica y a la capacidad financiera, con lo cual dichas decisiones se inscriben en la lógica de la Ley 100 y la Ley 1122, así como sus acuerdos, decretos y resoluciones. Para este autor, garantizar el derecho a la salud de esta forma, no es

pesar de la claridad de las órdenes de este tribunal, su cumplimiento provocó ciertas tensiones entre los actores del sistema y el Estado, lo mismo que presiones económicas. En este último caso, llama la atención de las implicaciones que tendría la actualización técnico-financiera del POS cuyos estudios de costo-efectividad podrían llevar a la CRES a excluir muchos servicios hoy incluidos, que si bien podría ser una forma de cumplirle a la Corte, algunas EPS podrían no encontrar estímulos económicos para trabajar con la misma UPC. Para este investigador, a partir de la formulación de la Ley 100/93 se especifica que el sistema de salud colombiano no parte de la igualdad de dignidad de las personas sino de su asociación con la capacidad de pago, es decir, de la propiedad demostrada de las personas para pertenecer a uno u otro régimen.

En esta misma perspectiva crítica, autoras como Vargas, et.al (2002), consideran que la estandarización de planes de beneficios diferenciados entre regímenes (subsidiado y contributivo) del SGSSS se acerca más al llamado enfoque de niveles mínimos. Estas autoras centran el debate desde la perspectiva de la equidad en salud,³⁰ para lo cual abordan los diferentes enfoques en este tema. Para ellas, un aspecto fundamental en este sentido es si todos los individuos deben tener el mismo acceso a los servicios de salud de

conveniente debido a la articulación esencial entre el derecho a la salud y la propiedad de las personas. De esta manera, lo que se obtiene es un derecho prestacional a los servicios de salud atado al derecho de la propiedad, y no la garantía al derecho de la ciudadanía.

³⁰El concepto de equidad en salud puede tomar diferentes dimensiones dependiendo del enfoque teórico o del sistema en particular que se quiera estudiar. Como bien lo señala Martínez Martín (s.f), para varios autores el principio de igualdad en el derecho a la salud considerado en sí mismo como derecho humano fundamental, podría ser una razón suficiente para combatir las desigualdades, consideradas como injustas e inmorales y en este sentido propender por la equidad en salud como valor ético. Para este investigador, cualquiera que sea el concepto de equidad social, de igualdad, de moral, de ética o de filosofía, toda sociedad fija unos valores éticos o normativos y unos derechos mínimos para los ciudadanos. Este proceso es un resultado histórico de cada sociedad en el marco de relaciones de poder y de desigualdad del orden mundial.

Para Hernández (2005), la equidad entendida desde una posición universalista, requiere abordar otros indicadores diferentes, por ejemplo, a los establecidos por la Organización Mundial de la Salud, OMS, que en su informe del año 2000 ubica a Colombia como el primer lugar en el mundo en equidad. Para este investigador, el informe de esta organización entiende la equidad financiera “como la protección de las familias frente al riesgo financiero de la atención médica, de manera que si un rico paga más que un pobre en atención médica el sistema es equitativo, dado que protege más a los pobres de este tipo de costos” (Hernández, 2005, pág. 475). Sin embargo para él, si el rico paga más que el pobre pero también recibe más, no podría sostenerse que sea equitativo. Continúa diciendo que, desde una perspectiva universalista, es necesario ponderar las necesidades a partir de las especificidades regionales, de género y edad, entre otras, así como valorar las capacidades para aportar con la misma particularidad. Luego, la combinación de los dos factores permitiría afirmar si un sistema de salud es equitativo.

acuerdo a sus necesidades como lo plantea el enfoque igualitarista, o si se requiere la definición de un conjunto limitado de servicios básicos de salud de acceso gratuito para la población de menos recursos, como lo establece el enfoque de niveles mínimos. Para ellas, el enfoque igualitarista toma como apoyo el concepto de justicia social de la filosofía comunitaria, para quien la solidaridad y la unidad social son algo buenas en sí mismas. Las políticas de salud, cuyos objetivos se fijan desde este enfoque, se orientan a la eliminación de las desigualdades en los niveles de salud de la población y propugna por una financiación pública del sistema. Por su parte, anotan que en el enfoque de niveles mínimos se destacan los valores del individualismo y la libertad, en la que esta última se asume como el derecho de toda persona a satisfacer sus intereses y preferencias. De esta manera, los niveles mínimos justifican la acción pública de manera desigual y orientada a mejorar las condiciones de la población de menores recursos con unos servicios mínimos, por encima de los cuales cada individuo es libre de adquirir en el mercado los bienes adicionales que desee adquirir.

Siguiendo con la diferenciación de los enfoques de equidad en salud, estas investigadoras establecen que el enfoque neoliberal se dirige hacia una financiación de la salud esencialmente privada, para lo cual se apoya en la relación entre pago y beneficio obtenido, producto de la elección individual. Es decir, se obtiene más entre más se pague. Como tal, este principio se guía exclusivamente por objetivos de eficiencia económica, es decir que prima la maximización del beneficio individual, dejando de lado los objetivos sociales como la redistribución de los recursos (Albi, Contreras, González-Páramo, & Zubiri, 1992), citado por Vargas, et.al (2002).

4.4 Coyuntura crítica Emergencia Social/09

Otro de los momentos en los que se ha puesto en evidencia las controversias respecto al proceso de actualización del POS ocurrió con la declaratoria de la “Emergencia social” en 2009,³¹ como bien lo ilustra el siguiente titular de la Revista Poder

³¹ Se trata del Decreto 4975 de diciembre de 2009 a través del cual el gobierno nacional pretendía solucionar la crisis financiera del sistema y que fue declarado inexecutable en abril de 2010 por la Corte Constitucional. Sin embargo, este tribunal, con el fin de proteger al sistema del colapso financiero, dejó vigente hasta el 16 de diciembre de 2010, el recaudo de impuestos que se destinarán para atender a la población más vulnerable.

*Salud: una guerra por \$ 30 billones. Los pacientes quieren de todo y los médicos acceden a todo, las EPS controlan gastos a rajatabla para defender el negocio, las clínicas privadas hacen lobby para que las EPS no les compitan, los políticos, alcaldes y gobernadores tiene en la salud un fortín electoral y los jueces y abogados fallan sin consideración alguna. Una papa caliente para el nuevo gobierno.*³²

Este titular mostraba la complejidad del problema del sector salud y ponía en evidencia que la situación no era, ni se resolvía únicamente con instrumentos técnicos. Según las investigaciones de este medio de comunicación, la situación por la que atravesaba el sector salud tenía que ver, entre otras cosas, con la competencia entre los diferentes agentes por los millonarios recursos que en él se manejaban.³³

Para la revista, cada uno de estos agentes actuaba con sus propios intereses y desde “su propia esquina” con el objetivo de atender a los usuarios que requerían sus servicios, pero a la vez, ganar dinero. En los recuadros adjuntos se puede observar algunas de las apreciaciones de los personajes entrevistados en la revista y en otros medios de comunicación con respecto al POS.

¿Qué decía el gobierno?

En su entrevista con el Ministro de la Protección, Social la revista considera que éste reconoce que hay problemas de politización y que dada la gran cantidad de dinero que se maneja, mucha gente “*se viste con la ropa de la seguridad social pero realmente maneja un negocio sin ninguna consideración social*” (pág. 21).

¿Qué decían las EPS?

³² (Poder, 2010, pág. 16)

³³ Los datos que reporta esta revista son: \$ 31 billones de todos los niveles: régimen contributivo (\$12 billones); régimen subsidiado (\$ 7,4 billones); vinculados (\$ 3,0 billones); regímenes especiales (\$ 1,9 billones); salud pública (\$ 1,5 billones), y otros que incluyen usos especiales como la medicina prepagada (\$ 4,4 billones). Esta cifra, según este medio, supera tres veces la utilidad de las diez empresas más grandes del país.

Con base en lo expuesto por los distintos actores interesados en el tema, la revista en mención presenta un breve resumen, entre ellos el siguiente “*Para las EPS, hay un crecimiento desbordado de los servicios No POS, que han desequilibrado las finanzas del sistema y paralelamente un costo creciente de los medicamentos, en particular de aquellos que se otorgan por fuera del POS*” (pág. 21).

¿Qué decían los laboratorios cuando el gobierno actúa?

... La semana pasada, el Ministerio de la Protección Social decidió autorizar la importación paralela de cerca de 50 medicamentos con la idea de abaratar sus costos en los tratamientos No POS. Pese a que la medida no gustó para nada a los laboratorios, y su gremio Afidro, se declaró en contra, se estima que el ahorro podría ser de más de \$ 400.000 millones al año (pág. 21).

¿Qué decían los políticos?

Rafael Pardo, como candidato presidencial por el Partido Liberal (Poder, 2010, pág. 18).

Se necesita una estructura y una carta de derechos del paciente, continuar con el esquema de financiación a la demanda, resolver el problema de los subsidios cruzados, poner en marcha un mecanismo sofisticado de regulación, al estilo del que tiene el sector de servicios públicos, tener buenas bases de información para rehacer el POS y crear el Ministerio de salud

Antanas Mockus, como candidato presidencial por el Partido Verde (Poder, 2010, pág. 19).

Hay que seguir con el esquema redistributivo entre regímenes, el POS tiene que ser actualizado, regular racionalmente los costos de intermediación, mejorar la cobertura y la calidad en la prestación de los servicios, hacer énfasis en el modelo de prevención de enfermedades y reemplazar las altas cotizaciones por impuestos generales

Juan Manuel Santos como candidato presidencial por el Partido de la U (Poder, 2010, pág. 20).

Es urgente acordar un POS actualizado y sostenible que sea respetado por las EPS, los médicos y los jueces. Hay que crear una unidad especial de inteligencia y anticorrupción para evitar que los dineros aportados por los trabajadores se despilfarren...

“Restringir el ejercicio ético de los médicos al prohibirles recetar fármacos y realizar procedimientos que se encuentran fuera del POS, viola el derecho a la salud de los colombianos” Gustavo Petro como candidato presidencial por el Polo Democrático Alternativo (El Espectador, 2010, pág. 2).

En la coyuntura de la declaratoria de la Emergencia Social, algunos medios de comunicación hicieron visible un problema que venía de tiempo atrás relacionado con el sistema de salud en general y con el POS en particular:

¿Qué decían los pacientes?

En un titular del diario el espectador llamado los “escuderos de los pacientes”, este medio refiriéndose a las declaraciones de una monja misionera que ha trabajado por los derechos de éstos, dice que

No menos de 500 tutelas ha tenido que ayudar a formular la hermana María Inés. Dice que aunque los trasplantes están incluidos en el POS y la sentencia de la Corte “la 760” como la llama ella, favorecieron a los pacientes, el calvario continúa. En los “CTC”, dice refiriéndose a los Comités Técnico-Científicos en los que se dirimen los costos médicos, la “demora” es a veces hasta tres o cuatro semanas y estos son pacientes que no dan espera” (El Espectador, 2010o).

¿Qué decían los médicos?

“Todos los medicamentos que debo formular por lo general son No POS porque soy endocrinólogo” Richard Buendía (El Espectador, 2010).

¿Qué decían los formadores de opinión?

Rodolfo Arango (El Espectador, 2010b).

La gente es especialmente sensible cuando se meten con su salud. El gobierno acaba de hacerlo mediante decretos de emergencia social...El gobierno acumuló durante años deudas con los prestadores públicos y privados de salud. Utilizó los aportes de los contribuyentes al Fosyga, invertidos en títulos de tesorería para financiar el gasto público en lugar de cancelar oportunamente sus deudas. La superintendencia de salud tampoco sirvió para regular, vigilar y controlar la prestación del servicio. Por el contrario, uno de sus directores abandonó el cargo acosado por escándalos de corrupción

Según el gobierno nacional la declaratoria de la Emergencia Social se justificaba por los problemas relacionados con la sostenibilidad financiera del sistema por los contenidos No POS y por el gran número de tutelas. Sin embargo, fueron muchos los actores que se manifestaron en contra de la misma: gremios médicos, usuarios, IPS, académicos, Defensoría del Pueblo, medios de comunicación, opinión pública, entre otros. Especial oposición generaron los decretos 128 y 131. El primero, relacionado con las denominadas Prestaciones Excepcionales en Salud (No POS) que debían ser financiadas por los afiliados; y el segundo, por la definición de un listado taxativo de medicamentos, procedimientos e intervenciones basado en la evidencia establecido por un Comité Técnico Científico y sanción a los médicos que formularan por fuera del mismo.

4.5 El Plan Obligatorio de Salud, más que un asunto técnico

El artículo 156 de la Ley 100/93 definió el POS como un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales. En la misma ley se aprobó que los afiliados al régimen subsidiado tendrían básicamente servicios de primer nivel que progresivamente se ampliarían conforme se fuera desarrollando el sistema de salud. Por su parte, el artículo 162 de la misma ley establece que “este plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción, y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan”. Sin embargo, como se describirá a

continuación su definición ha implicado un proceso complejo que trasciende el ámbito médico y técnico.

El Decreto 1938/94,^{34/35} por su parte, definió en su artículo 3º el POS como el conjunto de servicios de atención en salud y reconocimientos económicos al que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al régimen contributivo y el mismo conjunto de servicios al que está obligada a garantizar a sus afiliados la Entidad Promotora de Salud autorizada para operar en el Sistema. Sus contenidos estaban definidos en este Decreto y su forma de prestación normalizada y regulada por los manuales de procedimientos y guías de atención integral que expediera el Ministerio de Salud.

El artículo 11 del mencionado Decreto establecía igualmente que el POS brindaría atención integral a la población afiliada en sus fases de educación, información y fomento de la salud, así como la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad, incluido el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica, en los diferentes niveles de complejidad. Igualmente incluía el reconocimiento de un subsidio económico por incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad en la forma como lo determinara el Ministerio de Salud. Este conjunto de servicios debería ser prestado y garantizado por toda Entidad Promotora de Salud (EPS) autorizada para funcionar en el sistema.

³⁴ Por el cual se reglamenta el plan de beneficios en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, contenidas en el Acuerdo número 008 de 1994.

³⁵ Aclarado por el Decreto 1635 de 1995, artículos 1º. y 2º, publicado en el Diario Oficial No. 42.017 del 25 de septiembre de 1995. Posteriormente fue modificado por el Decreto 1125 de 1996, artículo 2º, publicados en el Diario Oficial No. 42.818 del 28 de junio de 1996. Por último fue derogado por el Decreto 806 de 1998, artículo 89, publicado en el Diario Oficial No. 43.291 del 5 de mayo de 1998.

Tabla 4-1 Actualización y aclaración al POS-S y POS-C, 1994-2010

Actualización y aclaración al POS-S y POS.C 1994-2010				
POS - Subsidiado		POS - Contributivo		
Año	Actualización/Aclaración	Fecha del acuerdo	Actualización/Aclaración	Fecha de acuerdo
1994-1995			Se adopta el POS-C, del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Acuerdo 8 de julio 6 de 1994 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud-CNSSS.
	Definición inicial contenido del POS-S: acciones de promoción y prevención, programa de atención materno-infantil, atención en primer nivel y de enfermedades prevalentes en la infancia y atención a factores de riesgo al ambiente y enfermedades de interés en salud pública; fija la UPC-s como el 50% de la UPC-c, esto fue equivalente a \$ 59.000.	Acuerdo 9 de julio 21 de 1994 del CNSSS		
			Definición del contenido inicial de medicamentos, actividades y procedimientos de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamientos y rehabilitación de la enfermedad.	Resolución 5261. Agosto/1994. CNSSS
	Consolida y especifica el contenido inicial del POS-S: Acciones de promoción, prevención y atención del primer nivel de atención. Atención de las enfermedades de alto costo en algunos casos: neonato complicaciones de EDA (neumonía grave, enfermedades infecciosas), patologías cardíacas (algunas), patologías del sistema nervioso central (algunas), reemplazo articular (algunos), insuficiencia renal, gran quemado, Sida-VIH positivo, cáncer, hospitalización de alta complejidad, cuidados intensivos (artículo 29 y 30 de la Resolución 5261 de agosto 5 de 1994). Atención integral para la gestante y menor de un año. Atención por oftalmología, optometría, suministro de lentes y monturas <19>60 (Nivel I).	Acuerdo 23 octubre de 1995. CNSSS	A excepción de las acciones de promoción, las otras prestaciones ya estaban incluidas en el POS-C a través del MAPIPOS.	
1996	Áreas de orientación de las acciones de promoción de la salud. Para todas las edades: apendicectomía, colestectomía (por causa diferentes al cáncer), histerectomía. Ligadura de trompas de Falopio o Pomeroy.	Acuerdo 49 de 1996. CNSSS	A excepción de las acciones de promoción, las otras prestaciones ya estaban incluidas en el POS-C a través del MAPIPOS.	
1997	Primera actualización del Manual de Medicamentos y Terapéutica, incluyendo 15 nuevos medicamentos para el tratamiento del VIH, con respecto al listado inicial adoptado por el acuerdo 3 de 1994.	Acuerdo 53 de febrero de 1997. CNSSS	Primera actualización del Manual de Medicamentos y Terapéutica, incluyendo 15 nuevos medicamentos para el tratamiento del VIH, con respecto al listado inicial adoptado por el Acuerdo No. 3 de 1994.	Acuerdo 53 febrero/97 CNSSS
	Aumenta cobertura en alto costo: nuevos tratamientos de Ortopedia y Traumatología, Cirugías de aorta, cava, vasos pulmonares, insuficiencia renal, gran quemado (alto costo). Tratamiento estrabismo niños < de 5 años, cataratas cualquier edad. POS concertado para Comunidades indígenas.	Acuerdo 72 del CNSSS agosto de 1997.CNSSS		
	Herniorrafias y servicios de rehabilitación funcional.	Acuerdo 74 octubre de 1997. CNSSS		
	Por el cual se adopta el Manual de Medicamentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En realidad este acuerdo realiza una segunda actualización del Manual de Medicamentos.	Acuerdo 83, diciembre 23/97. CNSSS.	Por el cual se adopta el Manual de Medicamentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En realidad este acuerdo realiza una segunda actualización del Manual de medicamentos.	Acuerdo 83 diciembre/97 CNSSS
1998	Se realiza la tercera actualización del Manual de Medicamentos, en términos específicamente de corregir los nombres de tres medicamentos y aclarar que los medicamentos del PAB y el PAI son gratuitos.	Acuerdo 106 de agosto de 1998. CNSSS	Se realiza la tercera actualización del manual de medicamentos, en términos específicamente de corregir los nombres de tres medicamentos y aclarar que los medicamentos del PAB y el PAI son gratuitos.	Acuerdo 106 de agosto de 1998. CNSSS
	Se incluye la posibilidad en la prestación de servicios no incluidos en el manual a partir de conceptos de los comités técnicos-científicos (CTC).	Acuerdo 110 del 28 de octubre/98. CNSSS	Incluye la posibilidad en la prestación de servicios no incluidos en el manual a partir de conceptos de los comités técnicos-científicos (CTC).	Acuerdo 110 del 28 de octubre de 1998. CNSSS
	Se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.	Acuerdo 117 de diciembre de 1998. CNSSS	Se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública para ARS y EPS.	Acuerdo 117 de diciembre de 1998. CNSSS
1999	No hubo actualización del POS		No hubo actualización del POS	
2000	No hubo actualización del POS		No hubo actualización del POS	
2001	No hubo actualización del POS		No hubo actualización del POS	
2002	Acelerador lineal para Teleterapia con fotones (intervención para el tratamiento del cáncer).	Acuerdo 226 marzo del 2002. CNSSS	Acelerador lineal para Teleterapia con fotones (intervención para el tratamiento del cáncer).	Acuerdo 226 marzo del 2002. CNSSS

74 Análisis de política: el proceso de formulación del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, 1993-2010

2003			Stent Coronario Convencional no recubierto y Carga Viral para VIH.	Acuerdo 254 de diciembre de 2003. CNSSS
2004	Ácido Zolendrónico (por orden del Consejo de Estado) para manejo de casos de cáncer con hipercalcemia por malignidad, mieloma múltiple y metástasis ósea.	Acuerdo 263 de abril de 2004. CNSSS	Ácido Zolendrónico (por orden del Consejo de Estado) para manejo de casos de cáncer con hipercalcemia por malignidad, mieloma múltiple y metástasis ósea.	Acuerdo 263 de abril de 2004. CNSSS
	Beneficios para la población que recibe subsidios parciales del régimen subsidiado: atención de alto costo, traumatología y ortopedia, rehabilitación, cobertura integral de gestantes y menor de un año y medicamentos como parte de las atenciones anteriores.	Acuerdo 267 junio/ 2004. CNSSS		
2005	Stent coronario no recubierto y su inserción, carga viral VIH, Colposcopia y biopsia de cuello uterino y 16 medicamentos para el tratamiento de enfermedades de alto costo.	Acuerdo 282 enero/2005. CNSSS	Trasplante hepático. 16 medicamentos para el tratamiento de enfermedades de Alto Costo.	Acuerdo 282 enero 2005. CNSSS
	Aclaración de cobertura: cirugías plásticas con fines reconstructivos funcionales en los casos de cirugías reparadoras de seno, tratamiento para paladar hendido y labio figurado, tratamiento para gran quemado.	Acuerdo 289 de enero de 2005. CNSSS	Aclaración de cobertura: cirugías plásticas con fines reconstructivos funcionales en los casos de cirugías reparadoras de seno, tratamiento para paladar hendido y labio figurado, tratamiento para gran quemado.	Acuerdo 289 de enero de 2005. CNSSS
	Mallas para herniorrafia para tratamiento de hernias.	Acuerdo 302 octubre/2005. CNSSS	Mallas para herniorrafia para tratamiento de hernias.	Acuerdo 302 de octubre de 2005. CNSSS
	Compilación de servicios del POS-S.	Acuerdo 306 noviembre/ 2005. CNSSS		
	Colecistectomía laparoscópica.	Acuerdo 313 diciembre/ 2005. CNSSS	Colecistectomía laparoscópica.	Acuerdo 313 de diciembre de 2005. CNSSS
2006	Genotipificación VIH (2007, fórmula láctea hijos, madres con VIH-6 meses, microalbuminuria, 12 medicamentos para VIH/Sida y ERC según Guías de Práctica Clínica para VIH/SIDA y Enfermedad Renal Crónica adoptadas mediante Resolución 3442 de 2006. Tres bifosfonatos para el tratamiento del cáncer. Siete medicamentos destinados a soporte nutricional.	Acuerdo 336 de agosto de 2006. CNSSS	Genotipificación VIH (2007, fórmula láctea hijos, madres con VIH-6 meses, microalbuminuria, 12 medicamentos para VIH/Sida y ERC según Guías de Práctica Clínica para VIH/SIDA y enfermedad Renal Crónica adoptadas mediante Resolución 3442 de 2006. Tres bifosfonatos para el tratamiento del cáncer. Siete (7) medicamentos destinados a soporte nutricional.	Acuerdo 336 de agosto de 2006. CNSSS
	Atención para la interrupción voluntaria del embarazo según norma técnica adoptada mediante Resolución 4905 de 2006.	Acuerdo 350/ diciembre 2006. CNSSS	Atención para la interrupción voluntaria del embarazo según norma técnica adoptada mediante Resolución 4905 de 2006.	Acuerdo 350 de diciembre de 2006. CNSSS
2007	Esterilización masculina o vasectomía.	Acuerdo 356 mayo de 2007. CNSSS	Ya estaba incluido en el POS-C desde la expedición del MAPIPOS.	
	Nueva presentación del medicamento Lopinavir-Ritonavir:200+50 mg para tratamientos de VIH/Sida.	Acuerdo 368 septiembre de 2007. CNSSS	Nueva presentación del medicamento Lopinavir-Ritonavir: 200+50 mg para tratamientos de VIH/Sida.	Acuerdo 368 septiembre de 2007. CNSSS
2008	Cinco medicamentos anticonceptivos hormonales (tableta de noretindrona1mg + etinilestradiol 35 µg, tabletas de levonorgestrel 0.03mg, solución inyectable de medroxiprogesterona 25mg + estradiol 5mg, tableta de levonorgestrel 0.75 mg e implante subdérmico75mg) y condón masculino según norma técnica adoptada mediante Resolución 0769 de 2008, que fue modificada por la Resolución 001963 de 2008.	Acuerdo 380 de febrero de 2008. CNSSS	Cinco medicamentos anticonceptivos hormonales (tableta de noretindrona1mg + etinilestradiol 35 µg, tabletas de levonorgestrel 0.03mg, solución inyectable de medroxiprogesterona 25mg + estradiol 5mg, tableta de levonorgestrel 0.75 mg e implante subdérmico75mg) y condón masculino según norma técnica adoptada mediante Resolución 0769 de 2008, que fue modificada por la Resolución 001963 de 2008.	Acuerdo 380 de febrero de 2008. CNSSS
	Servicios ambulatorios especializados para la atención de pacientes con hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 (segundo y tercer nivel de atención).	Acuerdo 395 de 2008. CNSSS		
2009	Igualación y unificación de los beneficios cubiertos por el POS-S a los niños y las niñas menores de 12 años, respecto a los contenidos del POS-C. Desde ese momento los beneficios del Régimen Subsidiado para este grupo de edad, son los mismos a los establecidos en la norma para Régimen Contributivo. Esto se hace en cumplimiento a la Orden 21 de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional.	Acuerdo 004 y 005 de septiembre de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES).		
	Se aclaran y actualizan integrantes de los Planes Obligatorios de Salud de los Régimen Contributivo y Subsidiado, incluyendo 371 procedimientos con base en la información de las EPS sobre uso de servicios y recomendaciones de asociaciones y sociedades científicas. Se precisan los contenidos a través de la adopción de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS- como la oficial para el POS.	Acuerdo 008 de diciembre de 2009 de la CRES	Se aclaran y actualizan integrantes de los Planes Obligatorios de Salud de los Régimen Contributivo y Subsidiado, incluyendo 371 procedimientos con base en la información de las EPS sobre uso de servicios y recomendaciones de asociaciones y sociedades científicas. Se precisan los contenidos a través de la adopción de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS- como la oficial para el POS.	Acuerdo 008 de diciembre de 2009 de la CRES
2010	Se unifican los planes de beneficios para los niños y las niñas de los regímenes contributivo y subsidiado, entre los 12 y 18 años y se hacen los ajustes necesarios a la UPC subsidiados. Esto se hace en cumplimiento al Auto 342 de Corte Constitucional.	Acuerdo 011 de enero de 2010 de la CRES.		

Fuente: Ministerio de la Protección Social 2010i.

El artículo 162 de la Ley 100/93 contempló que para los afiliados cotizantes del Régimen Contributivo el POS a definir por el CNSSS sería el establecido en el Decreto Ley 1650/77³⁶ y sus reglamentaciones, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica. Los otros beneficiarios de la familia del cotizante gozarían del mismo POS, pero en su financiación concurrirían los pagos moderadores, especialmente en el primer nivel de atención, en los términos que establecía el artículo 188 de la misma ley. Con base en esto, se implementó el POS del Régimen Contributivo (POS-C), mediante la Resolución 5261 de 1994 que definió el Manual de Procedimientos e intervenciones para el POS-C (MAPIPOS) y se establecieron las exclusiones, las limitaciones, los contenidos, los métodos, así como los tipos de prestaciones incluidos.

Con relación a la elaboración del POS Subsidiado (POS-S), el proceso involucró una experiencia política práctica representada en la creación de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARP), cuyo proceso fue guiado por un pragmatismo adaptativo. La primera definición metodológica partió de integrar al plan los programas por poblaciones específicas existentes en el Ministerio de Salud y ajustarlo a poblaciones de referencia de 5.000 personas pobres, así como a su perfil de morbi-mortalidad. Se propuso igualmente un modelo de atención primaria centrado en acciones de promoción de la salud, protección específica y atenciones ambulatorias de primer nivel. Con base en el desarrollo e implementación de la Ley 100/93, este plan incorporó el concepto de protección financiera de los hogares, en el que adicionó en su cobertura las llamadas coberturas de riesgos catastróficos y de alto costo (Ramírez 2010, pág. 28).

Entre 1994 y 2010 el Ministerio de la Protección Social (2010i), llevó a cabo más de cuarenta ejercicios de precisión y actualización del POS. Entre las nuevas inclusiones, esta entidad mencionaba algunos medicamentos y procedimientos para atender enfermedades que tenían una alta frecuencia y un alto costo para los usuarios y para el sistema, tales como diabetes, hipertensión, cáncer, VIH, enfermedad renal crónica, enfermedad coronaria, anticoncepción y soportes nutricionales, entre otros. Según este ministerio, las

³⁶Se retomó el plan de beneficios del Instituto de Seguros Sociales (ISS) y sus Decretos reglamentarios, como el Decreto 597/91 sobre el Manual de Tarifas, procedimientos e intervenciones y el Acuerdo 158 /80.

actualizaciones y ampliaciones de beneficios se llevaron a cabo mediante estudios técnicos realizados por ellos y avalados por el CNSSS/CRES en cumplimiento de lo ordenado por la Corte Constitucional. Igualmente mediante los Acuerdos 004 al 011, la CRES amplió los beneficios para los niños, niñas y adolescentes del régimen subsidiado que a partir del 1º de enero de 2010 tendrían derecho al mismo POS del régimen contributivo. Para los afiliados mayores de 18 años en el régimen subsidiado, el POS cubriría actividades, procedimientos, e intervenciones y medicamentos del régimen contributivo pero solo para determinados eventos o casos específicamente definidos en la norma. Todo este proceso de actualización y aclaración del POS tiene en cuenta su financiación con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y se enmarca dentro de los criterios de la sostenibilidad financiera del sistema (Ver tabla 4-1).

En el Acuerdo 008 de 2009,³⁷ la CRES adoptó la codificación y nomenclatura de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS),³⁸ como punto de referencia para definir el POS con relación a las actividades, intervenciones y procedimientos. Según el Ministerio de la Protección Social, la adopción de los CUPS se justificó por los problemas que presentaba el MAPIPOS y la Resolución 5261 de 1994 tales como: i) la utilización de códigos y nomenclaturas del ISS no estandarizadas, ii) la descripción de algunas prestaciones de forma confusa con ajustes insuficientes y contradictorios, iii) la alusión a asuntos de pago y tarifas que no obedecían al objetivo de definir prestaciones y, iv) la falta de respaldo de estudios financieros o notas técnicas que permitiera aclarar sus contenidos. No obstante, según esta entidad, el manual del POS tiene en cuenta la clasificación mediante referencias cruzadas con la Resolución 5261 de 1994, la descripción y contexto médico, el contenido técnico médico de cada prestación y los lineamientos de la Ley 100/93 (Ministerio de la Protección Social, 2010).

Por lo anterior, y siguiendo a Ramírez (2010), esta reforma puede ser entendida como una extensión y dominación de las instituciones de la seguridad social, representadas por el

³⁷ El cual empezaba a regir a partir del 01 de enero de 2010, conforme a lo establecido en el artículo 71 del Acuerdo 008 del 29 de diciembre de la CRES.

³⁸ La Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), establece una codificación y nomenclatura oficial para actividades, procedimientos e intervenciones en salud (Resolución 1896/01). Su origen es la versión española del CID9-MC adaptada en forma conjunta con sociedades científicas.

ISS, y hereda gran parte las reglas de juego, la estructura y funcionamiento de la seguridad social anterior. En este sentido, el POS tiene su origen en los procesos de acumulación histórica de los riesgos cubiertos y se constituye en la unidad de transacción entre i) el sistema y los ciudadanos, ii) el sistema y los aseguradores, iii) los aseguradores y los prestadores y, iv) los prestadores y los afiliados. En el primer caso, para la definición de las coberturas de riesgos, servicios y tecnologías; en el segundo caso, para la definición del valor de la UPC; en tercer caso, para la definición de los límites de las modalidades de contratación de servicios y; en el tercer caso, para la autorización, así como la convalidación de los servicios cubiertos y los que no.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que la reforma no heredó las condiciones de protección social, los principios de justicia social e integralidad humana que existían en el ISS antes de la Ley 100/93, aspecto que no menciona Ramírez en la cita anterior. De hecho, una vez puesto en práctica el POS, la primera tutela en salud, se instaura contra el ISS, quien apegado a lo contemplado en la Ley 100/93 saca de las clínicas a los niños con discapacidad o cuadrapléjicos.³⁹

Según Ramírez (2010, pág. 27-28), el POS en términos de contenidos, no presentó mayores novedades con relación al sistema anterior, excepto el MAPIPOS que puede ser entendido como un diccionario que permitió la comunicación y el intercambio entre los agentes del sistema y se convirtió en el instrumento de aprendizaje y referencia para los mismos. Este aspecto, a través de los sistemas de autorizaciones tanto de las EPS, como entre éstas y las IPS, mediante los sistemas de contratación y pago en los que las unidades transadas asumen sus definiciones. En términos transaccionales, el POS es un diccionario de riesgos, bienes y servicios que debe ser comprensible para todos los agentes del sistema como los funcionarios públicos, incluyendo jueces de la república y las aseguradoras, entre otros. Su construcción se ha movido entre dos posiciones opuestas, una de las cuales ha abogado por un enfoque económico, y la otra, por procesos políticos justos. En la primera posición, se trata de construir una canasta que represente un óptimo costo-efectivo, que sea la suma de las expectativas, al igual que de las necesidades más importantes de los ciudadanos, quienes a su vez, en medio de su ignorancia y falta de

³⁹ Deysi Arrubla, conversación personal, 10 de noviembre de 2014.

información delegarán su representación en expertos.⁴⁰ En la otra posición, se persiguen acuerdos sociales sobre la igualdad de derechos ciudadanos, así como maneras de fijar acuerdos públicos sobre las prioridades en salud, al igual que la necesidad de confluir en acuerdos sobre priorización en la asignación de los recursos.

Precisamente un ejemplo que ilustra la controversia respecto a la salud como derecho, tiene que ver con la recurrencia a la tutela. Al respecto vale la pena hacer un recuento sobre los informes de la Defensoría del Pueblo. Para éste organismo, en el periodo 1999-2003, al clasificar los exámenes solicitados por vía coactiva, descubrió que el 79.6% se encontraban incluidos en el POS, de los cuales tan solo un 2% correspondían a los de alto costo. Este aspecto demostraba que no existían razones lógicas o económicas que justificaran la negación de tales componentes del servicio de asistencia médica (Defensoría del Pueblo, sf, pág. 12). No obstante, lo que sí quedaba claro, es que efectivamente había razones económicas y políticas que explicaban estas negaciones.

En el periodo 2003-2005, este organismo encontró que el 56,4% de las tutelas interpuestas reclamaban servicios que se encontraban dentro del POS. De éstas, el 93,4% no estaban limitadas por la causal de "*semanas mínimas de cotización*", lo cual demostraba que tanto las EPS del régimen contributivo como subsidiado, continuaban negando servicios incluidos en el POS. De manera particular, se negaban exámenes paraclínicos, medicamentos y cirugías, amparados en el "*permisivo margen de interpretación que, de mediar voluntad, habría podido desaparecer con una juiciosa reglamentación del Mapipos*".⁴¹ No obstante, es difícil aceptar que solo se trate de voluntad política, pues estas decisiones pasan por intensos debates políticos e intereses económicos de los diferentes

⁴⁰ Este aspecto puede ser entendido como un óptimo paretiano, en que la construcción del POS funcionaría como el procesamiento de insumos, incidencias, prevalencias, años de vida, discapacidades, costos y resultados. Todo ello mediante el método de costo-efectividad y en que debería aparecer en orden de importancia, la calificación de las necesidades y las utilidades priorizadas de los afiliados. Este enfoque persiste, a pesar que algunos economistas como Samuelson, han concluido que tal pretensión no es posible en la medida en que pueden ocurrir tantas soluciones, como opiniones éticas se conciben, de manera que pueda dejar satisfechos a todos los miembros de la sociedad. Más tarde, y en este mismo sentido, apuntaba el teorema de la imposibilidad de Arrow (Ramírez, 2010, pág.28).

⁴¹ Resolución 5261 de 1994. Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y demás Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que lo actualizan.

actores del sistema. La situación era más grave si se consideraba que los usuarios del régimen contributivo no se encontraban limitados por períodos mínimos de cotización. De la misma manera, la Defensoría encontró que el 29,7% reclamaba exclusivamente servicios y procedimientos No POS y que el 13,3% de las tutelas demandaban simultáneamente servicios POS y No POS^{42,43} (Defensoría del Pueblo, 2007, pág. 50).
Comillas del texto original.

En el periodo 2006-2008, la Defensoría argumenta que el 53.4% de las solicitudes se referían a servicios que se encontraban dentro del POS, de las cuales el 85.5% correspondía al régimen contributivo. No obstante, según la Defensoría, estas negaciones POS disminuyeron entre 2006 y 2008 hasta llegar al 49.3%, debido en gran parte a la implementación de las guías y modelos de atención en enfermedades como VIH/sida e insuficiencia renal crónica (Defensoría del Pueblo, 2009, pág. 55).

Destaca este organismo, cómo el derecho a la salud ha sido el más tutelado en los últimos años al pasar de 86.313 en 1999 a 344.468 en 2008, cuya proporción fue más de un tercio a las que se interpusieron en el país en ese periodo. Esta entidad analizó 6.164 tutelas entre 2006 y 2008 en el que encontró que el 53,4% de las solicitudes tuvieron que ver con servicios incluidos en el POS, de las cuales el 85,5% corresponden al régimen contributivo.⁴⁴

⁴² POS y No POS se refiere a Tutelas que incluyen solicitudes que se encuentran dentro del POS y No POS al mismo tiempo. Esta clasificación la hace la Defensoría del Pueblo con base en la Resolución 5261 de 1994, los acuerdos que la complementan (como el Acuerdo 306 de 2005 del CNSSS), los conceptos expedidos por el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Hacienda, y demás normas en materia de promoción y prevención (Defensoría del Pueblo, 2009, pág. 55; 2010, pág. 55).

⁴³ En este último caso se advierte que en los fallos de tutela los jueces no hacían ninguna discriminación, y solicitaban recobrar todo ante el Fosyga (Defensoría del Pueblo, 2007, pág. 50).

⁴⁴La intención de la Sentencia T-760/08 fue la de crear un trámite administrativo en cabeza de los Comités Técnico Científicos (CTC) de las aseguradoras con el fin de disminuir la interposición de éstas. Sin embargo, se evidencia un gran número de negaciones por los CTC amparadas en la Resolución 3099/08. Más de una tercera parte solicita servicios de salud. Ante esta situación la Defensoría del Pueblo, por su parte, se limita a urgir al gobierno nacional para que reasigne los recursos del sistema y garantice la unificación del POS; conminar al Minprotección para modificar la Resolución 3099/08, a la Supersalud para que sancione a las entidades que vulneren el derecho a la salud, a la CRES para que el Plan de Beneficios no sea inferior al del Régimen Contributivo, al Congreso para que expida la Ley del defensor del usuario en salud (Defensoría del pueblo, 2009).

En 2009 se observó que el 68,2% de las solicitudes requeridas en las tutelas se encontraban incluidas dentro del POS, de las cuales el 43,58% correspondían al régimen contributivo y el 56,42% al régimen subsidiado. Según datos de la Defensoría, hubo un incremento del 39,7% de las negaciones del POS del régimen subsidiado con relación al 2008, ocasionado por la falta de oportunidad en el acceso real a los servicios. La única forma de acceder a aquellos contemplados en el POS y que fueron negados, era mediante la acción de tutela, mientras que para lo No POS, inicialmente los usuarios podían acudir a los Comités Técnicos Científicos (CTC). Señala la Defensoría que aquellos usuarios que asistieron a la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), con el fin de reclamar por la negación de sus solicitudes, manifestaron no obtener solución efectiva a su requerimiento, razón por la cual acudieron a la tutela o desistieron de la reclamación. En su orden, las mayores solicitudes de los contenidos del POS fueron tratamientos (28,2%), cirugías (17,5%) y citas con especialista (16,5%). En el caso de los tratamientos los usuarios buscaron obtener la continuidad y oportunidad de estos, solicitando ante los jueces que las EPS les garantizaran el suministro de todo lo requerido para mejorar o mantener su estado de salud (Defensoría del Pueblo, 2010, pág. 55-56).

En 2010⁴⁵ la defensoría reportó que el 65,4% de las solicitudes requeridas se encontraban dentro del POS (2,9% menos que en el año 2009). Del total del POS, el 35% correspondían al régimen contributivo, siendo las citas médicas, los exámenes paraclínicos, imágenes diagnósticas y las cirugías los de mayor participación. Respecto del régimen subsidiado, las solicitudes con mayor participación fueron los exámenes paraclínicos, las citas médicas, las cirugías y las imágenes diagnósticas, en su orden. Con base en estos casos,

⁴⁵ Para el análisis de las tutelas seleccionadas de 2010, la Defensoría del Pueblo, separó como normalmente lo hace, las correspondientes a lo POS y lo No POS de los dos regímenes. Para ello se basó en los Acuerdos 008 y sus anexos, los Acuerdos 011, 012 y 013 emitidos por la CRES y el Acuerdo 306 de 2005 del CNSSS. Igualmente tomó como referencia los demás acuerdos que los complementan, los conceptos expedidos por el Ministerio de la Protección Social y demás normas sobre promoción y prevención. De la misma manera, tuvo en cuenta las fechas de expedición de los acuerdos, las edades de los usuarios, el lugar de aplicación. También tomó como referente las pruebas pilotos de Barranquilla y Cartagena, así como los listado de códigos CUPS, el listado de medicamentos (Anexos Técnicos 1 y 2 del AC 008/09), las acciones para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, establecidos en los artículos 44 y 60 de la Ley 100 de 1993, las Resoluciones 412, 1745, 3384 de 2000, 3442 de 2006 y el apoyo de asesores externos expertos (Defensoría del Pueblo, 2011, pág. 61).

la Defensoría llamaba la atención para que los organismos competentes verificaran si a pesar de estas negaciones las EPS estaban recobrando al FOSYGA (Defensoría del Pueblo, 2011, pág. 62).

Por todo lo anterior, se puede decir que una de las cuestiones políticamente más controversiales en la implementación de la reforma del SGSSS tiene que ver con la definición del Plan Obligatorio de Salud, normalmente asumido como un paquete mínimo de beneficios estándar. Aún desde la perspectiva de la competencia regulada, su determinación enfrenta las consideraciones respecto a los costos sociales, los incentivos de los aseguradores y proveedores, los atributos de los mismos planes y la competencia entre estos con base en la calidad, los principios de costo-eficiencia y, las consideraciones éticas.

5 Presentación de los actores y sus discursos

La configuración del subsistema de política del POS (SPP), está determinada por la interacción de actores individuales y colectivos que representan diversas organizaciones públicas, privadas o mixtas con sus respectivos marcos cognitivos e intereses particulares inscritos en un ámbito de acción pública en el que intentan incidir en las políticas públicas. El grado de incidencia y la intensidad de la actuación de cada uno varían a lo largo del tiempo, dependiendo de la correlación de las fuerzas involucradas. La reforma de la seguridad social en salud iniciada en 1993 generó una transformación en su marco institucional y en la configuración del propio sistema; el primer caso, manifiesto en la creación de normas para la operación del mismo en un ambiente de competencia regulada, y el segundo, expresado en la conformación del sistema con actores y organismos públicos y privados. En este último contexto, se crea el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), la Comisión de Regulación en Salud (CRES, mediante la Ley 1122/07), las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las asociaciones de usuarios, el Fondo de Seguridad y Garantías (FOSYGA), y se reestructuró la Superintendencia Nacional de Salud. En este escenario también es importante analizar el papel de los partidos políticos y los medios de comunicación.

5.1 Los actores encargados de la definición, formulación y actualización del POS

El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSSS)

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) quedó establecido en el artículo 171 de la Ley 100/93, que le asigna como funciones, entre otras, la definición de variables de regulación como el POS y la UPC, la administración de recursos del

FOSYGA,⁴⁶ la elaboración de medidas para evitar la selección adversa y la presentación de informes anuales al Congreso de la República sobre la evolución del sistema de salud.⁴⁷ El CNSSS tuvo un alto componente político, pues según algunas investigaciones (GES, 2007a), este organismo es resultado de la discusión ocurrida en torno a la misma, entre el presidente Cesar Gaviria y un sector de la izquierda. Este último, representado básicamente en el sindicato del Instituto de Seguros Sociales (ISS), reclamaba una mayor participación y hacía oposición a la propuesta gubernamental. De estas discusiones políticas surgió el CNSSS como una ampliación del Consejo Directivo del ISS para lo cual se argumentaba que si el gobierno se proponía extender la cobertura del seguro de salud, hasta ese momento monopolio del ISS, debería igualmente ampliar la forma de gobernar el sistema. Igualmente fue posible la participación de ACEMI quien ya tenía el poder suficiente como para reclamar este derecho especialmente en la definición de las reglas de juego asociadas con el POS y la UPC. De esta manera, el CNSSS conservó en términos generales, la estructura del Consejo Directivo del ISS más algunos nuevos agentes que harían parte del SGSSS, como los representantes de los municipios, los departamentos, las EPS e IPS, los profesionales de la salud y los usuarios. El que hasta entonces fuera el presidente del ISS ahora formaría parte del nuevo Consejo, al cual también se sumaba un secretario técnico, los ministerios de trabajo, salud y hacienda, así como miembros no gubernamentales. En general, este organismo debería servir como foro para hacer

⁴⁶ Es de notar que la Ley 100/93 designa tres organismos que llevarían a cabo el proceso de regulación, cada uno de los cuales con funciones específicas (aunque no claramente diferenciadas), como son: el entonces Ministerio de Salud, que definía las políticas y expedía las normas generales; la Superintendencia Nacional de Salud, como órgano de inspección, control y vigilancia y; el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud creado para la dirección permanente del sistema, lo cual constituía una innovación importante, especialmente por su responsabilidad en la dirección del sistema. Desde luego, que en su concepción más amplia, la regulación como proceso podría incluir los organismos de control como la Contraloría General de la República, la Procuraduría General de la Nación, algunas superintendencias (como la Bancaria y de Subsidios), los Ministerios de Hacienda, Trabajo y Seguridad Social, Educación, así como el Departamento Nacional de Planeación (DNP). Igualmente, en el Congreso de la República se tienen las Comisiones permanentes que se dedican a la revisión de los temas de salud y seguridad social. Dentro de la estructura administrativa del Estado también se cuenta con el CONPES quien define la política social general y define la política social y económica en el ámbito nacional. Finalmente, se podría mencionar los organismos de la rama judicial como las altas Cortes y la Fiscalía General de la Nación (Velandia, Restrepo, & Rodríguez, 2002).

⁴⁷ El Acuerdo 31, artículo 1, del CNSSS; define que el Consejo Nacional de Seguridad Social es un órgano permanente de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de concertación entre los diversos agentes del mismo. Tendrá como objeto la adopción de medidas que permitan dirigir y orientar el sistema, dentro de los límites que le impone el cabal ejercicio de sus funciones (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 1996).

legítimas las decisiones de política de la reforma y la concertación entre los diferentes actores del sistema, el cual tenía teóricamente amplios poderes en materia de regulación y caracterizado como una especie de agencia legislativa con facultades para definir la estructura y forma de funcionamiento de la seguridad social en salud (González V, 1994, citado por Velandia, Restrepo y Rodríguez, 2002).

La concertación en el CNSSS tenía lugar con base en la interacción de tres grupos que representan los sectores gubernamental, empresarial y los trabajadores (incluido los usuarios). No obstante, a pesar de su variada composición, la representación de cada sector y su permanencia, generaba problemas que influyen su desempeño. Puede verse por ejemplo, quede un total de 14 miembros con voz y voto, el gobierno tenía una representación mayoritaria de 6 personas, seguido por los empresarios con 5, y por último los trabajadores (incluido un usuario) con 3 (GES, 2003).

En el periodo 1994-2003, el CNSSS como espacio de discusión sobre la implementación de la reforma, realizó 136 sesiones en la que se aprobaron 246 acuerdos. El 34% de éstos se aprobaron entre 2000 y 2003 que conservaron la tendencia de los años anteriores respecto a los temas que más ocuparon su agenda, entre los que sobresalieron la actuación como consejo administrador del Fosyga con el 60%, seguido por la preocupación en el tema de la cobertura con el 21%, la definición de la UPC con el 8%, la definición del POS con el 5%, y por último, las modificaciones al reglamento del mismo Consejo con el 4% (GES, 2003).

Hacia mediados de la década pasada, muchos eran los actores sociales opositores de la reforma que coincidían en que el CNSSS como espacio de concertación no había logrado articular las demandas de los usuarios y trabajadores, entre otras cosas, porque su participación continuaba siendo marginal y porque las decisiones seguían en poder de los grupos hegemónicos, que incluía al gobierno y al sector privado, con mayor ventaja respecto al manejo de la información. En el año 2006, en el contexto de las iniciativas de reforma presentadas tanto por el gobierno como por los congresistas que representaban los diferentes partidos políticos, se llevó a cabo el debate sobre las dificultades de este organismo, pero se abandonó la idea de producir cambios en el mismo, y se propone más bien, la creación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES). Entre las motivaciones señaladas en estos debates, se mencionaban algunas dificultades del Consejo tales como

el poder diferencial entre sus integrantes, el amplio margen para la conformación de coaliciones y grupos de presión, así como las posibles incompatibilidades que podría surgir a su interior en tanto organismo regulador, administrador y concertador, entre otros. Este aspecto, unido al largo proceso de discusión iniciado en 2003 con motivo de cumplirse los primeros diez años de la aprobación de la Ley 100/93, se concreta en la expedición de la Ley 1122/07. Esta última, como expresión de los conflictos presentes desde la aprobación de la reforma en el sistema de salud, no ofrece soluciones de fondo, y establece más bien, algunos ajustes sobre el funcionamiento y la operación del sistema en materia de financiamiento, aseguramiento, acceso, salud pública y, también a nivel institucional. En este último caso, se destaca el intento normativo por resolver la multiplicidad de funciones que cumplía el CNSSS como regulador, organismo de concertación y administrador del Fosyga. Para la primera función se crea la CRES, para la segunda, se mantiene el Consejo y se establece que éste será consultor de la Comisión, así como del Ministerio de la Protección Social y, en el caso de la tercera, ésta se traslada al Ministerio en mención. Al parecer se busca con estas medidas, depurar o especializar al organismo en torno a la regulación. Con respecto a la definición del POS y la UPC, éstos pasaron a ser competencia de la CRES, entre otras funciones, como el establecimiento de un manual de tarifas mínimo que debería ser revisado cada año y que incluya honorarios profesionales (GES, 2007:2007a).

La Comisión de Regulación en Salud (CRES)

La Comisión de Regulación de Salud (CRES), fue creada mediante la Ley 1122/07, pero solo empezó a funcionar el 26 de mayo de 2009. Era una unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social. Esta entidad se definió como un organismo estatal para la toma de decisiones con soporte en un sistema de información a su servicio, contrario al sistema de información privatizado que existía hasta ese momento. La Comisión la componía el Ministro de la Protección Social, quien la presidía, el ministro de hacienda y crédito público quien, excepcionalmente podía delegar sólo en alguno de sus Viceministros y cinco comisionados expertos, designados por el Presidente de la República, de ternas enviadas por los diferentes actores del sector (usuarios, académicas, agremiaciones de profesionales de salud). Los comisionados ejercerían por períodos de tres años elegibles solo una vez. En el período de funcionamiento de la CRES, la composición de la Comisión no cumplió estos requisitos establecidos en la ley, pues hasta 2010 fueron cinco

comisionados, y posteriormente, el primero de ellos renunció debido al cumplimiento del período. De la misma manera, los períodos de los otros comisionados fueron superiores a lo establecido en la ley y, en ninguno de los dos casos, el gobierno nacional adelantó las acciones requeridas para el nombramiento de los nuevos comisionados. No obstante, por concepto del Consejo de Estado, los otros cuatro comisionados permanecieron en sus cargos una vez cumplido su período hasta la liquidación de la Comisión el 10 de diciembre de 2012 mediante el Decreto 2560. Para algunos, el bajo perfil de los comisionados no logró hacerles contrapeso a los ministros de Salud y Hacienda, quienes finalmente terminaban influyendo en sus decisiones.⁴⁸

Las funciones de la CRES estuvieron enfocadas a la definición del Plan de beneficios en Colombia (Plan Obligatorio de Salud POS), que las EPS tanto del régimen contributivo como del subsidiado debían garantizar a sus afiliados, así como a realizar la actualización del Listado de Medicamentos Esenciales. Desde el punto de vista económico, la CRES debía definir la Unidad de Pago por Capitación (UPC), el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacerlos efectivos, los criterios para establecer cuotas moderadoras, y la definición de régimen de aplicación de las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades del régimen contributivo; por último debía establecer un sistema de tarifas mínimas, incluyendo un manual y los honorarios profesionales. La Comisión de Regulación en Salud durante el periodo de su funcionamiento entre junio de 2009 y diciembre de 2012, expidió 34 Acuerdos. Estos acuerdos pueden clasificarse, según su contenido y alcance en administrativos, actualización, económicos, unificación y consulta ciudadana.

5.2 Los actores con representación en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

⁴⁸ El Tiempo, 18 de diciembre de 2012

Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud)

El Ministerio de la Protección Social⁴⁹ es el encargado de dirigir, orientar, coordinar y evaluar el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales, en lo de su competencia; así como formular, establecer y definir los lineamientos relacionados con los sistemas de información de la Protección Social (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f).

A partir de lo ordenado por la Sentencia T-760/08, el Ministerio de Salud ha sostenido que frente a la necesidad de revisar el listado de medicamento del Plan Obligatorio de Salud (POS), era preciso actualizarlo de acuerdo con los cambios en el perfil epidemiológico nacional, la dinámica de los avances en farmacología y tecnología farmacéutica disponible. Según el ministerio, se contó con una propuesta de actualización del listado realizada por el Comité Técnico de medicamentos asesor del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS. Dicho proyecto respondía a las solicitudes de inclusión o exclusión efectuadas a través de los comités de EPS, IPS y Asociaciones científicas del país de acuerdo con el balance riesgo-beneficio considerado por el Comité Técnico de Medicamentos. (Ministerio de salud, se actualizara manual de medicamento debate del pulso).⁵⁰

⁴⁹Ministerio de Salud y Protección Social tendrá como objetivos, dentro del marco de sus competencias, formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud, y participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos profesionales, lo cual se desarrollará a través de la institucionalidad que comprende el sector administrativo (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f).

⁵⁰ De acuerdo al Ministerio de la Protección Social dentro de sus facultades desarrolló varias acciones con las cuales se pretendía dar cumplimiento a la sentencia T-760, dentro de sus acciones se encontraron las siguientes: a) Desarrollo de la Encuesta Nacional de Salud 2007 y el Estudio de carga de enfermedad. b) Análisis de servicios de salud utilizados en los últimos 4 años, para identificar patrones de práctica médica y demanda de servicios. c) Estudio de costo de servicios de salud en los últimos 4 años para precisar el valor de servicios a incluir en el plan de beneficios. d) Desarrollo de Guías de práctica clínica para atención integral de condiciones médicas priorizadas, basadas en la mayor evidencia disponible. e) Estudio de disponibilidad de recursos y equilibrio financiero del sistema de salud, para ajustar planes de beneficios y su UPC, con miras a garantizar sostenibilidad financiera del sistema. f) Avances en acciones para asegurar niños y niñas, sin distinción de condición de afiliación, el servicio de salud. g) Desarrollo de metodología con asesoría internacional, para promover una priorización de contenidos del POS centrado en consulta amplia a actores del sector salud y usuarios de servicios. h) Desarrollo de campaña de información masiva a la ciudadanía de sus derechos, sobre servicios incluidos en planes de beneficios. i) Contrato con el Centro de Gestión Hospitalaria en nov/08, para el apoyo al Ministerio de 10 consultores especializados en aspectos técnicos, jurídicos, económicos y operativos, en desarrollo de las

No obstante, como se puede observar en las actas No. 212, 213 y 214 del CNSSS y 004 de la CRES, el papel del Ministerio de Salud estuvo más enfocado a velar por la sostenibilidad financiera del sistema, dentro de cuya perspectiva trató de cumplir la Orden 21 de la Corte Constitucional sobre la unificación de los planes de beneficios para niños y niñas de los regímenes contributivo y subsidiado. Al respecto el Ministro Diego Palacio anotó que

[...] es obligación legal de la Comisión hacer los ajustes del POS y POSS teniendo en cuenta el marco de sostenibilidad financiera a corto y mediano plazo y este aspecto no está claro en el momento actual en su totalidad, especialmente en lo que hace referencia a mediano plazo; esto hace que el problema de fondo en el momento actual sea financiero: tal situación conlleva a que la nivelación que se plantea para la población infantil se haga con fundamento en el cumplimiento de orden judicial y no como resultado de un estudio técnico previo que permita como resultado del mismo, realizar tal nivelación; si la razón básica no es la técnica es fundamental dejar claro que se hace en cumplimiento de la orden expedida por la Corte Constitucional en el marco de la Sentencia T-760 de 2008 (Comisión de Regulación en Salud, 2009f, pág. 2).

De la misma manera, haciendo referencia a la unificación gradual y sostenible de los planes de salud (Orden 22, Sentencia T-760), el Ministerio señaló que “*el proceso de actualización y creación del nuevo POS tenía como uno de sus objetivos principales la identificación del plan esencial que deberán recibir todos los colombianos afiliados al SGSSS siendo un plan con cobertura integral y con mecanismos claros de racionamiento*” (El Pulso, 2009d).

Sin embargo, en cronograma presentado por el Ministerio de la Protección Social a la Corte Constitucional especificó que la unificación del “Plan Esencial” se realizaría durante el segundo semestre del año 2012, pero sujeto a los recursos disponible en el sistema (Corte Constitucional, 2011).

respuestas a las órdenes de la Corte. j) Suscripción de un convenio de cooperación en enero/09 con el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE), para colaborar en la creación de guías, metodologías, evaluación económica, priorización, mecanismos de apelación y de participación ciudadana (El Pulso, 2009d).

Para el año 2010, teniendo en cuenta que la unificación de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado fue una de las grandes prioridades del Gobierno Nacional en materia de salud en dicho momento, el nuevo ministro de la Protección Social, Mauricio Santamaría, se comprometió a entregarle al país un Plan Obligatorio de Salud (POS), actualizado para el primer semestre de 2011, y a partir de allí, unificar los planes de beneficios de forma progresiva hasta 2015 (El Pulso, 2010n). Nuevamente, se pone como requisito básico para lograrlo, *“asegurar que los recursos se asignen de forma equitativa y sostenible en el tiempo”* (El Pulso, 2010q).

En general, este ministerio ha estado sometido a innumerables críticas, muchas de las cuales se han hecho evidentes en escenarios como los medios de comunicación, la audiencia pública de seguimiento a la Sentencia T-760/08, el Congreso de la República y la declaratoria de la Emergencia Social,⁵¹ entre otros. En todos ellos se señalaba problemas como la falta de control sobre los recobros al FOSYGA,⁵² la desregulación de los precios de los medicamentos, los desfalcos al sistema de salud, las denuncias de haber contratado con las mismas EPS gran parte de los contenidos de los decretos de la

⁵¹ La declaratoria de la Emergencia Social se realizó mediante el Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009 y diez decretos más como son: el 126 (lucha contra la corrupción), 127 (IVA a los licores), 128 (Servicios No POS, denominados Prestaciones Excepcionales), 129 (controlar evasión y elusión en las cotizaciones de salud), 130 (juegos de azar), 131 (sanción a los médicos), 132 (recursos para el Régimen Subsidiado en Salud), 133 (medidas sobre flujo de recursos), 134 (adición de recursos al presupuesto de la Nación con cargo a la cuenta ECAT del FOSYGA) y, 135 (recursos para reducción del consumo de sustancias psicoactivas).

⁵² Según investigaciones de la Federación Médica Colombiana (FMC), el monto de los recobros de medicamentos fue de 6 billones de pesos aproximadamente (Federación Médica Colombiana, 2012). En 2009 la FMC desarrolló sus argumentos sobre el crecimiento exponencial de recobros al FOSYGA y el colapso financiero del sistema de salud, presentado en varios escenarios como “La Corte, las cuentas y la salud” del Programa de Justicia Global de UniAndes, el Foro de Medicamentos de ACEMI del 31 de marzo de 2009, la Clínica de Derechos Humanos de la Universidad de Harvard y El Espectador en marzo de 2009 y, el debate “FOSYGA, la hora de las cuentas claras” de las Comisiones Séptima de la Cámara y el Senado de la República en junio de 2009 (Federación Médica Colombiana, 2012a).

emergencia Social,⁵³ y hasta un regaño del Presidente de la República por la forma como se redactaron tales decretos,⁵⁴ entre otros.⁵⁵

Frente al POS en particular, el Ministerio de la Protección Social recibió muchas críticas relacionadas con los problemas de la universalización, la fragmentación de los planes de beneficios, la escasa actualización del mismo, otorgar a los pobres únicamente el primer nivel de atención, la definición de un POS por patologías, y, el desconocimiento del derecho a la salud, etc. De la misma manera, se le señaló de pretender igualar el POS del régimen contributivo al POS del régimen subsidiado (POS-S), como forma de hacerle el quite a lo ordenado por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760/08 sobre la igualación de los dos regímenes.⁵⁶

Las sospechas de muchos actores sobre la intención del Ministerio de la Protección Social de igualar el POS por lo bajo en aras de cumplir la Sentencia T-760/08 no eran infundadas, pues como se puede apreciar en su intervención registrada en el Acta 211 de 2008, cuando se discutía el valor de la UPC-C y UPC-S, para ese año, se dijo lo siguiente

[...] Continúa el señor ministro sobre el tema de suficiencia de UPC, reiterando que según información recolectada, se demuestra que existe necesidad de incremento real de la UPC, reconociendo que por efecto del incremento de ponderadores en el 2008, se realizó así un reajuste real, e indica su consenso con que la diferencia entre la información de

⁵³ Al respecto ver las declaraciones del ministro Germán Vargas Lleras en El Tiempo (2010). Otros investigadores también coinciden en señalar que al revisar los decretos de la Emergencia Social a la luz de la agenda que venían preparando para el sector desde tiempo atrás las EPS, y en particular el gremio que las representa, ACEMI, se puede evidenciar que los mismos no fueron improvisados, sino que respondían a un proceso de rediseño institucional de largo aliento. Su propósito era limitar aún más la regulación del Estado y generar las condiciones que garantizaran mayores rentabilidades a las inversiones privadas, en detrimento del derecho equitativo, universal y de calidad de la asistencia sanitaria del país (Malagón & Granados, 2012).

⁵⁴ El periódico El Espectador (2010i; 2010n) publicó como titular “Fuerte regaño del Presidente a quienes redactaron decretos de salud” y; “Regaño público de Uribe a Minprotección”, respectivamente.

⁵⁵ Al respecto ver Federación Médica Colombiana (2009;2010; 2010a; 2010b); El Espectador, (2010; 2010a; 2010c; 2010d; 2010e; 2010j; 2010k; 2010l; 2010m); El Tiempo (2010; 2010a; 2010b; 2010c; 2010d; 2010e; 2010g).

⁵⁶ El Pulso (2003; 2003a; 2003b; 2003c; 2003e; 2003g; 2006c; 2008; 2008a; 2008b; 2008c; 2008d; 2008f; 2008h; 2008i; 2008k; 2008n; 2008p; 2008q; 2008r; 2009f; 2009g; 2009h; 2009i; 2009j; 2009l; 2008o; 2009p; 2009t; 2009u; 2010a; 2010b; 2010c; 2010e; 2010f; 2010; 2010p).

*los años 2007 y 2008, se ha venido disminuyendo. Lo preocupante, dice el señor Ministro, es que esta se siga presentando, y que al final, quienes paguen las consecuencias sean los hospitales y los usuarios, y propone no incrementar la UPC más que en el IPC, y **revisar cómo reducir el contenido del POS**, cómo plantearlo y explicarlo al país, en el sentido que por efectos de Tutelas, CTC, se ha llegado a un punto en el que el Consejo debe mantener el equilibrio del Sistema de esa manera, opción que ha sido mencionada como posibilidad por la misma Corte Constitucional en su Sentencia T-760, y que por lo tanto, considera que no se debe entrar en la discusión de incrementar la UPC (CNSSS, 2008e, pág. 29). Subrayado fuera de texto.*

La persistencia del gobierno nacional por reducir el POS ha sido señalada por algunos investigadores, a propósito de lo contemplado en el proyecto de Ley Estatutaria No 186 de 2010. Para Román Vega (2010), todo apunta a deducir que el mencionado proyecto propone una actualización y nivelación del POS por lo bajo con el propósito de que a las EPS les rinda la Unidad de Pago por capitación (UPC), bien al controlar el costo de la atención limitada a las necesidades de sus afiliados, o bien al posibilitar el incremento marginal de sus rendimientos financieros y la sostenibilidad económica del negocio. De esta manera se garantizará el control del gasto público y el costo de la nómina de las empresas, labor en la que están los gobiernos neoliberales y neoconservadores del mundo, en el afán de obtener ventajas privadas de las crisis financieras del sistema capitalista.

Ministerio de Hacienda

Este Ministerio tiene como función la coordinación de la política macroeconómica, la definición, la formulación y la ejecución de la política fiscal del país e incide en los sectores económicos, gubernamentales y políticos. De la misma manera, gestiona los recursos públicos de la Nación desde la perspectiva presupuestal y financiera (Ministerio de Hacienda, s.f).

Como miembro del CNSSS, es sabido el dominio del Ministerio de Hacienda en las decisiones de carácter técnico, incluso por encima de la cartera de la Protección Social. Al debatirse temas relacionados con su propio conocimiento se constituía en el agente mejor dotado para las consideraciones y decisiones de esta naturaleza. Diseñaba modelos econométricos propios que lo habilitaban para discutir en profundidad, mejor que cualquier

otro actor, los aspectos fundamentales que regulaban el equilibrio financiero del sistema, la UPC y el POS, el impacto de los salarios, así como la conducta de la economía sobre el empleo y el aseguramiento entre otros temas. Estos instrumentos no eran de consulta de los demás consejeros, quienes solo podían acceder a los conceptos de este Ministerio sobre los cambios a introducir. Esta característica le concedía al Ministerio de Hacienda una supremacía sobre la cartera de la Protección Social, aspecto que se consolidaba con el mecanismo de firmar de último los acuerdos del CNSSS y le permitía fijar sus condiciones. Mediante este procedimiento se movilizaba una parte del cabildeo sobre funcionarios del Ministerio de Hacienda, en el que se conformaba un circuito de influencias que alternativamente se opondrían a ciertas decisiones del Ministerio de la Protección Social o del CNSSS, en el evento en que algunos de sus miembros no estuviera dispuesto a aceptarlas (Gómez & Sánchez, 2006, págs. 38-39).

La anterior situación se puede corroborar en el Acta 14 del 09 de febrero de 1995, cuando se hablaba de la elevación de la UPC y el POS del régimen subsidiado, y al parecer, había acuerdo entre los consejeros. En ella se mencionaba que

El Viceministro de Hacienda solicita nuevamente plazo para evaluar las cifras, por lo cual se propone el Acuerdo en el sentido de acercar la UPC y el POS del Régimen Subsidiado lo más posible a los de Régimen Contributivo, de acuerdo con la viabilidad financiera aprobada por el Ministerio de Hacienda (CNSSS, 1995c, pág. 5).

Sobre las diferencias entre las carteras de Hacienda y Protección Social, queda expresada en la intervención de uno de los consejeros en el Acta 176 de 2006, a propósito de la discusión sobre la inclusión o no del PAB y otros programas especiales en la UPC. En esta espacio el interviniente expresa que

[...] desea centrar la discusión mencionando que es claro que lo del PAB está por fuera de la UPC pero la diferencia estaba en que no solo era lo del PAB sino todos los programas especiales los que estuvieran por fuera de la UPC lo que proponía el Ministerio de Hacienda y eso era quitarle unas cosas al POS y eso no podía aceptar. La Dra. Uribe, menciona que ella se atenía a lo aprobado en la sesión y sí había discusión al respecto porque la Dirección de Salud Pública no estaba de acuerdo; el Dr. Alvarado menciona que Salud Pública no estaba de acuerdo pero con la redacción propuesta a posteriori por el Ministerio de Hacienda. La Dra. Uribe hace lectura de algunos apartes

del acta 160 relacionados con el tema y señala que el punto es que se consideraba que si había nuevos medicamentos debía revisarse su costo frente a la UPC (CNSSS, 2006c, pág. 14).

En la misma discusión uno de los consejeros plantea que

[...] El resultado es que el Ministerio propuso una redacción que no quita ningún medicamento del POS y la redacción propuesta por el Ministerio de Hacienda modificaba la decisión del Consejo en su momento, que mantenía los medicamentos tal y como estaban y el Ministerio no aceptó eso (CNSSS, 2006c, pág. 15).

Y el ministro de la Protección Social

[...] señala que en este punto se ve obligado a hacerle una pregunta al Consejo en pleno, porque ve que en la carta de la Dra. Uribe [delegada Ministerio de Hacienda] se plantean situaciones graves, como la afirmación que dice que los acuerdos como se están enviando para firma, no recogen lo que se ha votado en el consejo [...]. (CNSSS, 2006c, pág. 15).

El predominio del Ministerio de Hacienda se mantuvo aún dentro de la CRES, como se puede ver en el Acta No. 005 de 2009, en la que una de sus representantes (2009b)

Solicita que se aclare que en el texto del Acuerdo lo referente a la integridad del procedimiento que tan solo incluye lo necesario en las condiciones de cada uno de los POS; para acotar el hecho de que las coberturas no significan tecnologías infinitas; hecha estas aclaraciones, se procede a poner en consideración el documento con las revisiones a las que fue sometido en la sesión de trabajo (CRES, 2009b, págs. 8-9).

El Instituto de Seguros Sociales

El Instituto de Seguros Sociales durante 66 años estuvo encargado de administrar la seguridad social de los colombianos. Fue creado el 26 de diciembre de 1946, en el Gobierno del entonces Presidente de Colombia, Mariano Ospina Pérez, con el nombre de Instituto Colombianos de Seguros Sociales. En sus comienzos el ISS administró los componentes de la seguridad social para los trabajadores formales del sector privado, luego, en 1964, riesgos profesionales, y en 1967 pensiones. Por decisión del Gobierno

Nacional, en agosto de 2008 se retiró al Seguro Social la administración en salud, en septiembre del mismo año la administración de riesgos profesionales, y hasta el 28 de septiembre de 2012 el ISS administró el Régimen de Prima Media con Prestación Definida.

Por Decreto 2013 del 28 de septiembre de 2012, el Gobierno Nacional ordenó la supresión y liquidación del Instituto de Seguros Sociales, creando luego la Nueva EPS para el manejo de la seguridad social en salud, así como COLPENSIONES, para las pensiones (Instituto de Seguros Sociales [ISS], 2008).

Con relación al POS, algunas de sus intervenciones estuvieron identificadas con el tema de las actualizaciones. El doctor Conrado Gómez, director nacional de aseguramiento del ISS, frente al tema de revisión y actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS), consideraba que el país debería construir un sistema permanente de evaluación de tecnología que incluyera los medicamentos. Para él, la evaluación del POS se había realizado muy pocas veces y lo que se evalúa es la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Señalaba que en algunos años se habían hecho estudios, en otros se aplazaban, y en otros, se aumenta la UPC con una estimación de inflación o de costos, pero no se hacía un análisis detallado periódico (El Pulso, 2003h).

La superintendencia Nacional de Salud (SINS) (Invitada del CNSSS)

El Decreto 1259/94⁵⁷ reestructura la Superintendencia Nacional de Salud y le asigna nuevas funciones en materia de inspección, vigilancia y control como la autorización de los nuevos aseguradores al mercado regulado, supervisar su desempeño para prevenir la selección del riesgo moral y la selección adversa. Este organismo igualmente debe servir de instancia de quejas, control, sanción y consolidación entre los actores. Mediante la Circular Externa 03 del 09 de mayo de 1995, la Superintendencia recalca entre sus funciones vigilar el cumplimiento de las disposiciones constitucionales y legales relacionadas con la organización y funcionamiento de los diferentes tipos de EPS, en especial su régimen tarifario y la calidad de los servicios. En esta misma perspectiva la

⁵⁷ El Decreto 1259/94 en su artículo 1º, considera que la Superintendencia Nacional de Salud es un organismo de carácter técnico, adscrito al Ministerio de Salud con Personería, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

Circular Externa 001 del 10 de enero de 1996 enfatiza la necesidad de obtener información suficiente del proceso de evolución del sistema de salud con el fin de mantener actualizada la organización, estandarización e implementación del Sistema de Información Básica que permita un adecuado seguimiento y control a las actividades de las EPS. No obstante, son varios los malestares que se plantean muchos actores, respecto al verdadero papel de esta entidad, especialmente frente a las múltiples irregularidades de la EPS, ya que quien vino a desenmascarar esta situación fue la Superintendencia de Industria y Comercio en el año 2011.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS)

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), pasaron a dominar el aseguramiento en salud, que antes de la reforma era ofrecido en gran parte por el Estado y, de manera limitada, por algunas aseguradoras privadas que tenían el mercado de pólizas tradicionales de hospitalización y cirugías, así como de medicina prepagada. Entre las responsabilidades otorgadas a las EPS, por el Decreto 1485/94 en su artículo 2º, están la promoción de la afiliación de los habitantes del país al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, en cualquiera de los dos regímenes, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al Fosyga la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de los servicios. Otras de las funciones se relaciona con la administración del riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención; movilizar los recursos para el funcionamiento del sistema de seguridad social en salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del FOSYGA; organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el POS; organizar la prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos profesionales y; organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al POS, según lo prevea su propia naturaleza.

Sin embargo, las EPS han sido objeto de innumerables críticas, cuando no de investigaciones por los organismos de control por diversas razones que van desde la restricción al acceso a los usuarios al sistema de salud mediante las barreras de carácter geográfico, económico y de servicios, hasta la negación de medicamentos y tratamientos incluidos en el POS. Mediante la Resolución 4611, de la Superintendencia de Industria y

Comercio impuso sanciones a 14 EPS⁵⁸ del régimen contributivo que superan los 16 mil millones de pesos por acordar entre ellas la negación de servicios a los usuarios y por prácticas contrarias a la competencia.⁵⁹ Entre los cargos imputados a estas EPS figuran el consenso o acuerdo realizado con el fin de afectar los niveles de prestación de servicios de salud, la afectación a la indebida transparencia en el mercado de aseguramiento en salud y, el intento de fijar de forma indirecta el precio de aseguramiento en salud. En la misma investigación se establece que la EPS apelaron a mecanismos para que el regulador no accediera a información que demostrara que la Unidad de Pago por Capitación, UPC, era suficiente (Superintendencia de Industria y Comercio, 2011) (El Tiempo, 2011a).⁶⁰

La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), que aglutina a 14 de las más importantes EPS del país ha hecho algunos pronunciamientos en la defensa de tales acusaciones.

Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)

Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), son los hospitales públicos, las clínicas privadas, médicos, centros de servicios médicos y laboratorios entre otros. Los hospitales

⁵⁸ Las EPS sancionadas son Colmédica (hoy Aliansalud), Coomeva, Famisanar, Salud Total, SOS, Susalud, (hoy EPS y Medicina Prepagada Suramericana), Saludcoop, Sánitas, Compensar (ahora Propensar), Comfenalco Antioquia, Comfenalco Valle, Humana Vivir, Cafesalud y Cruz Blanca. Las pruebas demostraban la unificación artificial de criterios entre las entidades agremiadas en ACEMI, en torno a la negación de servicios incluidos en el POS, al igual que de los servicios de salud que debían considerarse POS y No POS (El Tiempo, 2011a).

⁵⁹ Esta situación ya se vislumbraba incluso desde 1997 como puede observarse en el Acta No. 46 del CNSSS cuando la ministra de salud de la época celebraba que la Procuraduría hubiera reforzado a este ministerio y a la Superintendencia al estar presente en la forma como se han manejado los recursos y la definición de políticas. En esta misma acta la ministra indica que “*la fiscalía, en el caso de EPS privadas hará una vigilancia de la destinación de los recursos de la seguridad social*” (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 1997h).

⁶⁰ Lo encontrado en las investigaciones y publicado en los medios de comunicación hacen referencia a problemas relacionados con sobrecostos de medicamentos hasta en un 400% por encima del valor real, recobros por fármacos y procedimientos que por estar en el POS, ya se habían pagado a las EPS, negación de servicios utilizando diversos subterfugios, cobros y recobros utilizando falsas tutelas, negación de pago a prestadores, glosas exageradas e inexistentes a la red hospitalaria, declaración de insolvencia para evitar pagar, manipulación de las bases de datos, utilización de los recursos de la salud en asuntos ajenos a su destino, entre otros. Estas situaciones llevaron a reacciones de los diferentes actores relacionados con el campo de la salud, incluyendo los medios de comunicación. Al respecto ver Crónica del Quindío (2013a), Dinero (2011a), El Tiempo (2010f; 2011a), El Pulso (2002), La FM (2013), Semana (2010e; 2013).

públicos pasaron a convertirse en Empresas Sociales del Estado (ESE), regidas por una Junta Directiva con participación estatal, comunitaria y de profesionales de la salud, financiadas principalmente por la venta de servicios e incentivos financieros. Desde su reforma a partir de la Ley 100/93, los hospitales se han visto sometidos a la transformación progresiva de los subsidios a la oferta a la demanda, la modificación salarial de la planta de personal debido a la tercerización de los servicios que busca fijar sus costos al nivel del mercado para garantizar su autofinanciación por la venta de servicios. La dramática situación hospitalaria es el reflejo de que los recursos se quedan atrapados en la intermediación financiera y no llegan a su destino final. De acuerdo a los datos reportados por el Ministerio de la Protección Social, para marzo de 2005 se habían cerrado 10 hospitales públicos, mientras que 79 más estaban cerca de hacerlo. Al considerar que se trata de los 89 hospitales más grandes y de mayor complejidad de los 150 de segundo y tercer nivel que existen en el país es reflejo de la magnitud de la crisis de todo el sistema. Como resultado de ello, ha venido disminuyendo la proporción de instituciones especializadas con relación a las de atención básica, lo cual impacta de manera significativa los servicios de salud, teniendo en cuenta que los hospitales públicos atienden dos tercios del total de hospitalizaciones del país (Giraldo, 2007, pág. 221; McPake, Yepes, Lake, & Sánchez, 2003, citado por Yepes, et.al, 2010).

Para Cesar Giraldo (2007, págs. 221-222), la crisis hospitalaria es consecuencia de la reforma, ya que desde 1993 los hospitales públicos pasan de un equilibrio operativo consolidado a un déficit operativo permanente al año 2000. En la medida en que los recursos fluyen a través de las aseguradoras (EPS, y ARS anteriormente), las cuales les pagan a los hospitales por la atención de sus afiliados, la crisis no se presentaría si estos se hicieran de manera continua como se hacía antes de la reforma.

La Asociación de Pequeñas y Medianas Empresas (ACOPI)⁶¹ y la Asociación Nacional de Industriales (ANDI),⁶² que formaban parte del CNSSS.

Con relación al POS, Francisco de Paula Gómez como director de la ANDI señaló que

Lo ideal en un proceso de revisión del Plan Obligatorio de Salud (POS), sería que el Plan no echara para atrás como los cangrejos, que pudiera mantenerse como está, y que pudiera generarse mayor cobertura, o sea, que nuevos colombianos pudieran acceder al sistema. Ello dependería de las decisiones de quienes manejan el sector salud y de variables como aumento del empleo y crecimiento económico, en relación con el mismo plan, señaló que debe considerarse el elemento económico y actuarial, para mantener el equilibrio entre los riesgos que se aseguran y su siniestralidad y los recursos que se manejan dentro del sistema... Esto significa que no se pueden aumentar beneficios a capricho, ni que se reduzcan para obtener logros económicos, porque ese no es el objetivo del sistema (El Pulso, 2003).

Las asociaciones de usuarios

Se crea las Asociaciones de Usuarios con el fin de que las personas afiliadas de los regímenes contributivo y subsidiado se unan en defensa de sus derechos y vigilen la calidad de los servicios.

⁶¹ACOPI es la agremiación que agrupa a las microempresas legalmente constituidas, a las pequeñas y medianas empresas de todos los sectores de la economía. Su objetivo es la formalización, crear oportunidades estratégicas para buscar nuevos mercados y el desarrollo sostenible de estas organizaciones. (Asociación Colombiana de Medianas y Pequeñas Industrias [ACOPI], 2012).

⁶²La ANDI Es un gremio sin ánimo de lucro cuyo objetivo es el de propiciar ambientes políticos, económicos y sociales para el ejercicio de la libre empresa. Surge en Medellín el 11 de Septiembre de 1944. Está compuesto por un porcentaje considerable de empresas pertenecientes a todos los sectores de la economía. Tiene sedes en las ciudades más importantes de Colombia como Bogotá, Barranquilla, Cali, Cartagena, entre otras (Asociación Nacional de Empresarios de Colombia [ANDI], 2012).

La Central Unitaria de Trabajadores (CUT),⁶³

También formó parte del CNSSS, y aunque en una clara situación de desventaja defendía la ampliación de la cobertura del POS y el reconocimiento de la salud como derecho.

Fondo de Seguridad y Garantías (FOSYGA) (Encargo Fiduciario)

Se crea también el Fondo de Seguridad y Garantía (FOSYGA)⁶⁴ como un encargo fiduciario quien administra los recursos del régimen contributivo, la subcuenta de solidaridad del régimen subsidiado, al igual que algunos recursos de promoción y prevención, y los del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).⁶⁵

Los recobros a este fondo han sido igualmente objeto de muchas críticas por parte de diferentes actores del campo de la salud. La Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y de la Reforma Estructural al Sistema de Salud y Seguridad Social (CSR), en su intervención en la Audiencia Pública convocada por la Corte Constitucional el 10 de mayo de 2012, a través de su vocero, el doctor Saúl Franco, presentó algunos datos al respecto. Esta Comisión señaló que el crecimiento exponencial de los recobros al FOSYGA sirvió como justificación para la declaratoria de la Emergencia Social en Salud (ESS), y que 7 de los 10 decretos de la misma se dedicaban totalmente a la asignación, distribución, flujo y control de los recursos al sistema de seguridad social en salud (SSSS).⁶⁶ Tomando como base publicaciones e información obtenida de la Federación Médica Colombiana (FMC), FEDESARROLLO y la Revista Semana, muestra cómo los recobros al FOSYGA, particularmente por medicamentos, consumen un escandaloso

⁶³ Según la misma organización, la CUT es una organización sindical de tercer grado, unitaria, clasista, pluralista, democrática y progresista, que se propone la unidad de todos los trabajadores colombianos sin distinción de raza, credo religioso, ideas filosóficas, opción sexual o militancia política (Central Unitaria de Trabajadores de Colombia [CUT], 2006).

⁶⁴El Decreto 1283 de 1996 reglamenta el funcionamiento del Fondo de Seguridad y Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y en su artículo 1º define que el mismo es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud, manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia.

⁶⁵Las subcuentas del FOSYGA son: i) la de compensación, que maneja los recursos del régimen contributivo para la compensación de las EPS, ii) la de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, que maneja los recursos para la atención de los mismos, así como la de desastres naturales, iii) la de prevención y promoción de la salud y; iv) la de solidaridad en la que se maneja el 1,5% de los recursos que aportan los afiliados del RC.

⁶⁶ En esta misma intervención se hace alusión a la Ley 1438 de 2011, del primer periodo del Presidente Santos, y se manifiesta que buena parte del contenido de la misma tiene como objetivo la arquitectura y el funcionamiento financiero del modelo.

porcentaje de los recursos de compensación y solidaridad. Estos recobros pasaron del 0,9% de sus ingresos en 2003 al 18,5% en 2010 (un incremento de 20,5 veces); mientras que los recobros por medicamentos fue de 6 billones de pesos aproximadamente entre 2008 y 2010. La CSR indica que, de acuerdo a la carta de la entonces viceministra de Protección Social y posteriormente Ministra de Salud, Beatriz Londoño, a la Contraloría General de la República, solo tres EPS del Grupo Saludcoop aumentaron en un 166% sus recobros por medicamentos no incluidos en el POS (equivalentes a más de un billón de pesos), entre 2007 y 2009, periodo que coincide con la liberación de precios de los medicamentos por la Comisión Reguladora de Medicamentos a través de la Circular 04-2006 (Asociación de Prestadores de Servicios y Suministros de Salud [ASSALUD], 2012).

En la misma audiencia pública la Federación Médica Colombiana (FMC), a través de su presidente, el doctor Sergio Isaza, reveló que durante el periodo del entonces ministro de la Protección Social, Diego Palacio (2003-2010), el sector salud resultó fuertemente afectado en aspectos económicos, tanto por los recobros al FOSYGA como por la desregulación de los precios de los medicamentos. Para Isaza, con este último caso, se inició la política pública de favorecimiento a las farmacéuticas. Este aspecto contrasta con la decisión del ministro de Salud Juan Luis Londoño, quien mediante medidas como la Circular 04 del 11 de diciembre de 2002, sancionó a tres laboratorios congelando sus precios por seis meses y a 28 laboratorios por incumplir la obligación de reportar datos. Los productos ROCHE fueron los que recibieron con mayor rigor este hecho al congelarse sus precios durante un año (Federación Médica Colombiana, 2012).

Por su parte, el presidente de ACEMI, el doctor Jaime Arias, anotó que no obstante los esfuerzos del gobierno nacional, los recobros No POS continúan sin una solución efectiva y que esta situación se ha agravado especialmente en los últimos cinco años, en el que el manejo de tales recobros por servicios No POS es el cáncer del sistema (Federación Médica Colombiana, 2012).

Otros actores del campo de la salud que han tenido que ver con el subsistema de política del POS son los gremios médicos; universidades y centros de investigación; partidos políticos, organizaciones sociales; algunos organismos judiciales o de control como la Corte Constitucional y la Superintendencia de Industria y Comercio y, medios de comunicación.

5.3 Los gremios, academias y asociaciones médicas

Entre los gremios médicos ha habido posiciones bastante diferentes respecto al proceso de actualización del POS de los cuales se hace la siguiente presentación:

Academia Nacional de Medicina (ANM) (Asesora del CNSSS)

Es entidad tiene por objetivo contribuir al estudio y progreso de la medicina y de la educación médica, auspiciar el adelanto de las ciencias afines y las tecnologías complementarias, y propender la ética, el buen ejercicio profesional y el desarrollo humanístico del médico, así como también cumplir con la finalidad de fortalecer la unidad del cuerpo médico dentro del ejercicio libre de la profesión.⁶⁷

Esta entidad, a través de su presidente, el doctor Alberto Malagón, calificó la Sentencia T-760 como “*la decisión más importante que se ha producido desde la expedición de la Ley 100*”, y agregó:

El Ministerio de la Protección Social deberá entrar en contacto con Hacienda y Planeación Nacional para mirar como cumplir, porque el derecho que tenemos todos los colombianos a la salud, no fija limitaciones de cómo debe ser el acceso a través de los instrumentos que está obligado a proveer el Estado (El Pulso, 2008e).

Refiriéndose a la actualización del POS, Malagón Londoño aseguró que dicha organización “*no podría entender un retroceso en los parámetros de calidad del proceso*

⁶⁷ La Academia Nacional de Medicina fue creada en 1873, es un organismo consultor del Gobierno Nacional para todos los asuntos relacionados con la salud pública y la educación médica del pueblo colombiano. Nació como Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales en enero de 1873 por iniciativa de los doctores Manuel Plata Azuero, Nicolás Osorio, Evaristo García, Leoncio Barreto y Abraham Aparicio, quienes convinieron en crear una Sociedad que tuviese por objeto “*el estudio y adelanto de las ciencias médicas y naturales, así como también el de dar solidaridad al cuerpo médico y unidad al ejercicio de la profesión*”.

Desde su creación se ha ocupado de los temas que aquejan al país en materia de salud desde las enfermedades, la mejoría física y presupuestal de los hospitales. Fue asesor del estado en materia de salud y naturalmente constituye un honor para cualquier médico, nacional o extranjero pertenecer a ella (Academia Nacional de Medicina de Colombia, s.f).

de prestación de servicios, sino por el contrario, esperar, como lo dispone la Ley 100/93, el crecimiento progresivo de los beneficios". Además expresó que debe existir la "calidad de los servicios de salud sin discriminación alguna", y que las decisiones que resulten del juicioso estudio del Consejo de Seguridad Social en Salud respondan a las justas expectativas de la comunidad y al mandato de la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional (El Pulso, 2009e).

Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI)

La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI)⁶⁸ que aglutina a 14 de las más importantes EPS del país es quizás la que más presenta una defensa de la priorización de los aspectos financieros del sistema de salud y ha hecho algunos pronunciamientos en la defensa de las acusaciones que la Superintendencia de Industria y Comercio hiciera en sus investigaciones sobre las EPS. Igualmente, a través de su presidente de turno el señor Juan Manuel Díaz-Granados Ortiz, esta Asociación se pronunció frente a la sentencia T-760 del 2008 dejando claro que se acataría y se le haría un seguimiento para su debido cumplimiento, argumentado que la misma genera órdenes adecuadas sobre planes de beneficios, para llegar a un único Plan Obligatorio de Salud (POS) y a la universalidad. Aunque considera que sus postulados son muy importantes y reitera el carácter de la salud como derecho fundamental, ello no quiere decir que sea ilimitado. El punto esencial hacia el futuro para él, sería cómo regular el derecho a la salud, cuáles serían los límites que eventualmente tendría y que la salud como derecho fundamentalmente puede ser una realidad en la medida en que haya un sistema que provea servicios de salud y ese sistema a su turno requiere recursos económicos que fluyan oportunamente (El Pulso, 2008j).

Díaz-Granados expone además que no ha sido respetado en el sistema colombiano el modelo de aseguramiento propiamente dicho, porque el asegurador (EPS) ha sido obligado a pagar cosas que están por fuera del POS, propone regular lo No-POS y

⁶⁸La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), es un gremio sin ánimo de lucro, cuya sede principal está en la ciudad de Bogotá. Surge en 1992 con la idea de representar las empresas privadas como las siguientes: i) Empresas de Medicina Prepagada, ii) Entidades Promotoras de Salud de Régimen Contributivo, iii) Entidades Promotoras de Salud de Régimen Subsidiado, iv) Ambulancias Prepagadas (ACEMI, 2012).

garantizar que la salud sea un derecho, lo que supone contar con un sistema sostenible desde el punto de vista financiero el cual se logra con un equilibrio entre coberturas del Plan de beneficios y recursos disponibles (El Pulso, 2009k).

En el contexto de la emergencia social, Díaz-Granados advirtió que el dinero de la salud es para atender las necesidades básicas de todos los colombianos y en ese sentido, lamentablemente, había que priorizar. Aunque para Díaz-Granados la reforma a la salud en dicho contexto era buena porque buscaba garantizar la cobertura universal en salud, para él era necesario hacerla sostenible y tener claro como unificar el POS (El Espectador, 2010).

Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME)

ASCOFAME ha desarrollado proyectos a nivel nacional e internacional sobre educación médica y atención en salud de los colombianos en diferentes líneas de trabajo como educación médica de pregrado y postgrado. Ha desarrollado igualmente, programas de medicina y salud familiar como modelo en el primer nivel de atención, educación continua a docentes y médicos en ejercicio en temas específicos de la atención en salud, salud pública, salud ocupacional y educación, al igual que evaluación y estándares de calidad de instituciones educativas y de servicio.⁶⁹

Esta organización por medio del doctor Diego Rosselli expuso que una posible revisión del POS debe hacerse desde una perspectiva que incluya el análisis de costo – efectividad. Según Rosselli, existen las herramientas metodológicas para que, mediante una concertación basada en el consenso, que a su vez se valga de cuidadosos análisis no sólo

⁶⁹La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), es una organización privada, sin ánimo de lucro, creada el 18 de marzo de 1959, que agrupa 41 facultades de medicina de Colombia, públicas y privadas, en todo el territorio nacional. Su principal misión es asesorar, coordinar y promover el intercambio y la acción académica, científica e investigativa entre las Facultades de Medicina y las Instituciones de Salud, estableciendo canales de articulación con entidades gubernamentales, privadas, nacionales e internacionales, con miras a contribuir a responder a las necesidades en salud de la población colombiana, en los ámbitos individual, familiar, social, y ocupacional, a través del fortalecimiento de la calidad de la educación médica y la participación en los procesos de desarrollo de las políticas de salud y de prestación de servicios.

de costos sino de efectividad, se determine el uso más eficiente de los recursos existentes (El Pulso, 2003).

Asociación Colombiana de Sociedades Científicas

Es una entidad conformada por Asociaciones Científicas de la salud, creada para mejorar la calidad del ejercicio profesional y el nivel de vida de la población Colombiana. Proporciona educación continuada con fundamentación científica, la investigación ética y representa a sus asociados frente a los diversos estamentos públicos y privados, en aras del bienestar y desarrollo del sector salud (Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, s.f). Esta entidad no ha tenido mayor impacto dentro del subsistema de política del POS.

Asociación de Hospitales y Clínicas (ACHC) (Asesora del CNSSS)

Después de la aparición de la Ley 100 de 1993 la ACHC reorientó sus estrategias gremiales e inició un proceso de capacitación de sus afiliados dentro del nuevo SGSSS, fue organizadora del Foro Nacional sobre el nuevo ordenamiento legal de la salud, en el que el Gobierno Nacional dio a conocer al sector salud en pleno, los contenidos de la nueva ley. En esta etapa la ACHC fue nombrada asesora permanente del Consejo Nacional de Seguridad Social (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas [ACHC], s.f).

Frente a la definición del POS, la ACHC ha realizado algunas observaciones a través de su director Juan Carlos Giraldo quien ha manifestado que éste debe ser una prioridad nacional y la primera tarea a emprender en el sistema de salud. Para Giraldo

Llevamos mucho tiempo recibiendo la noticia de que ya viene la actualización del POS. Ya es hora y el sistema de salud hoy más que nunca lo requiere, porque aparte de las enormes discrepancias generadas en la operación real del sistema, se anuncia la expedición de una ley estatutaria. Nosotros consideramos que no puede darse el trámite de una ley estatutaria sin que tengamos definido qué es el POS, cuál es su frontera, su alcance, sus contenidos, el nivel de tecnología que hay en este país. Eso implica necesariamente acabar definitivamente con las mal llamadas 'zonas grises'. Cuando se haga el juicio histórico del sistema de salud colombiano, el capítulo de las zonas grises indudablemente estará atado al crecimiento intenso de los recobros por eventos No-POS. Por la vía de la interpretación, aquí muchas cosas pasaron de la claridad absoluta al color gris, y después fueron desaparecidas. Ese tipo de circunstancias se tienen que

olvidar para siempre en el sistema de salud y por lo tanto, la definición del POS, de un buen POS, tiene que ser el trabajo más inmediato, el más importante del sistema de salud, el POS tiene que ser una prioridad. Es lo primero que hay que hacer” (El Pulso, 2010d).

Además de los comentarios ofrecidos por Juan Carlos Giraldo Valencia frente al tema de la definición del POS, este mismo presenta sus argumentos con respecto a la adopción de un POS por patologías. Giraldo considera que el gobierno debe hacer claridad sobre cuál es la propuesta para adoptar un POS por patologías:

Todos queremos entender exactamente el alcance de lo que han dado por denominar POS por patologías. Sabemos que el Ministerio de la Protección Social ha tenido acercamientos con el sistema de salud chileno, ha realizado visitas con algunos actores del sistema de salud para tratar de entender el sistema de Aseguramiento Universal con Garantías Explícitas (AUGE). Hasta ahora no hay una labor pedagógica completa, para que todos podamos hablar sobre un glosario de términos definidos y sentar conceptos sobre lo que se espera (El Pulso, 2008n).

Para este directivo gremial, independientemente del desconocimiento general sobre el nuevo modelo, hay que destacar previamente que

La población tiene una serie de derechos adquiridos, y que por tanto cualquier tipo de estrategia, herramienta, plan o modificación política dentro del sistema, debe ser construido sobre la base de los derechos adquiridos. Es decir, todo debe ser con progresividad, partiendo de lo que tenemos hoy hacia adelante. No creo que ningún ciudadano colombiano esté dispuesto a ver disminuido lo que hasta el día de hoy ha entendido, mal o bien, como derecho a la salud en Colombia (El Pulso, 2008n).

La ACHC expone mediante su director de turno Juan Carlos Giraldo Valencia, que son tres los aspectos fundamentales en los que se debe revisar el POS; el primero es el perfil epidemiológico, el segundo es el avance de la tecnología, y el tercer punto tiene que ver lógicamente con la suficiencia o insuficiencia de los recursos. También se muestra en contra de una posible reducción de los beneficios del POS para permitir el aumento de la cobertura, ya que a su juicio, esto sería convertir el POS casi en lo que era un PAMI (Plan de Atención Materno Infantil) o en un PAI (Plan Ampliado de Inmunizaciones) en

vacunación, con lo que se lograría la universalización de unos planes de atención básica, pero no la universalización de un seguro de salud (El Pulso, 2009k).

Asociación Médica de Antioquia (ASMEDAS)

La Asociación Médica de Antioquia (ASMEDAS), es una organización gremial que aglutina a médicos de todo el departamento de Antioquia que laboran en las diferentes instituciones públicas y privadas y que está orientada a trabajar y a luchar por mejores condiciones laborales para sus socios. También encamina su accionar a desarrollar actividades que busquen mejorar la calidad de vida de la sociedad en general y de los trabajadores de la salud en particular, mediante la realización de actividades educativas, culturales, gremiales, y de servicio, con el fin de contribuir al desarrollo del Departamento y a la salud del pueblo colombiano (Asociación Médica Sindical de Colombia [ASMEDAS] Seccional Antioquia, 2010b). Esta entidad no ha tenido mayor relevancia en el subsistema de política del POS.

Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar (ASOCAJAS)

La Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar, es una entidad de carácter gremial, sin ánimo de lucro. Su objetivo es promover el progreso de las Cajas de Compensación Familiar y las organizaciones relacionadas. Colabora con estas entidades para mejorar la calidad de vida del trabajador colombiano. Surgió el 29 de marzo de 1969 en Paipa, bajo el marco “IV CONGRESO DE DIRECTORES DE CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR”. Inicialmente iniciaron 46 Cajas de Compensación Familiar, en la actualidad son 37 (Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar [ASOCAJAS], s.f).

Frente al POS ha mantenido una posición de defensa de la salud como derecho. A través de Miguel Uprimny, Asocajas, afirmó que

Las autoridades locales incumplen Código de infancia y adolescencia en materia de salud. Los entes territoriales tienen deficiencias en la focalización de recursos para información y educación, se siguen vulnerando los derechos en salud de niños y adolescentes, los desplazados sufren más la vulneración de sus derechos, 22 entes territoriales auditados no tienen planes de salud para atender a niños y adolescentes, no hay estadísticas de aseguramiento de esta población, no está claro el perfil

epidemiológico global ni el de la población infantil. De los 9.5 millones de menores de 12 años, hay 5.2 millones afiliados (91% carnetizados) y 1.5 millones sin afiliar, y cuestionó: ¿cuándo se logrará la cobertura universal? (El Pulso, 2009s).

Asociación Nacional de Profesionales de Salud (ASSOSALUD)

Assosalud es una entidad sin ánimo de lucro, vocera y representante de los profesionales del área de la salud, cuyo objetivo principal es defender el derecho fundamental a la salud de los colombianos y buscar el desarrollo integral de las profesiones y los profesionales de la salud, siendo sus socios activos ordinarios: i) La Confederación de Organizaciones de Profesionales de la Salud, COPSA, constituida por 19 asociaciones y sociedades científico-gremiales a nivel nacional y de profesiones de la salud no médicas; y ii) La Confederación de Colegios Profesionales de La Salud, constituido por los colegios profesionales de la organización (Asociación Nacional de Profesiones de la Salud [ASSOSALUD], s.f). No ha tenido mayor impacto en el subsistema de política del POS.

Federación Médica Colombiana (FMC) (Asesora del CNSSS)

Según la misma organización, su objetivo es velar por el ejercicio ético de la profesión médica, promover el estudio, la investigación, la enseñanza y la práctica, ceñidas a la ética; promover el concepto de salud como un derecho fundamental integral; defender los principios de la Seguridad Social y la Salud Pública como obligación del Estado, enmarcados en el respeto a los derechos del paciente y del Médico. De igual manera, propende por un nivel de vida digno de los médicos colombianos y por condiciones apropiadas para el buen desempeño de su profesión; promover la protección a la misión médica en todo el territorio del país (Federación Médica Colombiana, 2011).⁷⁰

Con respecto al POS, esta entidad ha hecho ciertas manifestaciones, respecto a su proceso de actualización y sus contenidos, así como investigaciones frente al problema de los medicamentos. A partir de lo planteado por la CRES sobre la actualización del POS,

⁷⁰Fue fundada por un conjunto de médicos quienes después de haber participado en la fundación del Colegio Médico de Cundinamarca y con ello propiciar la fundación de nuevos Colegios Médicos en las principales ciudades del país, elaboraron los estatutos para la Asociación Médica Nacional (AMN) y los presentaron en el IV Congreso Médico Nacional, celebrado en Tunja en el año de 1919, evento que dio lugar al nacimiento de la AMN (Federación Médica Colombiana, 2011).

Oscar Andia, director del Observatorio del Medicamento (Observamed) de esta federación, expuso que no existe un nuevo POS, ya que el listado de medicamentos (artículo 39, capítulo I del Acuerdo 03/09 de la CRES), es la compilación de todos los acuerdos del antiguo CNSSS, sin adiciones ni exclusiones significativas. Según él, lo único nuevo es que unifica este listado para ser suministrado por las EPS de ambos regímenes, con cargo a la UPC y UPC-S (art. 38). Es decir, nivela el régimen subsidiado con el contributivo, pero *“No hay <<nuevo POS>> y nada hizo la CRES para detener la hemorragia financiera del sistema por cuenta de los recobros al Fosyga”* (El Pulso, 2009m).

En cuanto a las visiones de un nuevo Plan Obligatorio de Salud (POS), actualizado o unificado, Andia Salazar, consideró

Creemos en un POS robusto, basado en la experiencia acumulada, y lo ideal es que tenga las moléculas más probadas y más costo-eficientes para el sistema de salud; y a la vez, para reconocer una realidad del mercado, como Federación sugerimos que se mantenga un equilibrio con las moléculas más recobradas [...]

Y advirtió:

[...] La forma en que enfrentemos estos retos iniciales en materia de regulación, marcará el futuro de las finanzas del sistema de salud. A menos que garanticemos la competencia, permitiendo la entrada de bio-similares sin relajar los criterios de calidad, regulemos adecuadamente los precios y márgenes de comercialización, establezcamos sistemas de negociación centralizada informados, y actualicemos de manera confiable el POS, la viabilidad financiera del sistema seguirá en permanente riesgo. Los medicamentos biotecnológicos de alto costo llegaron para quedarse, y por eso su regulación no puede tomarse a la ligera (El Pulso, 2010h).

La FMC el año 2012 realizó investigaciones para conocer el origen de la crisis de la salud y halló en la liberación de precios de medicamentos uno de los huecos que sangraron el sistema. El ente hacía seguimiento al recobro por medicina de alto costo, encontrando que entre 2008 y 2010 se generaron reclamos al Fosyga por casi \$6 billones y que Colombia ha pago más por medicamentos que otros países (El Espectador, 2012). Esta entidad es una de las que más ha denunciado los desfalcos a la salud, especialmente en el contexto

de la Sentencia T-760/08 y la Emergencia Social. Al respecto ver Federación Médica Colombiana (2010c; 2010d; 2010e; 2010f; 2010g; 2010h; 2010i; 2010j).

5.4 Las universidades, organizaciones sociales y centros de investigación

Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (Asesora del CNSSS)

La Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia surge después que el Ministro de Salud Santiago Rengifo decide clausurar la Escuela Superior de Higiene. El papel que este ente académico ha jugado en el sector de la salud ha sido determinante en el panorama latinoamericano y colombiano.

En aquel entonces se dictaron cursos relacionados con la parte sanitaria, con el fin de formar profesionales que colaboraran con el desarrollo de la salud colectiva. Se dio importancia a investigaciones de mortalidad y morbilidad y a investigaciones sobre otros temas que tenían poca atención de la comunidad nacional e internacional y cuyos resultados han incidido en diversas realidades del país. Este hecho ha generado nuevos programas de estudio, así como importantes decisiones de los entes territoriales y de otras instituciones (Universidad de Antioquia, 2012a).

Algunas declaraciones sobre el POS se han conocido a través de su decano Álvaro Cardona Saldarriaga, quien ha considerado que el POS de Colombia se debe definir a partir de una reforma estructural del sistema de salud, y no sólo de ajustes a la Ley 100/93, como lo pretendía en su momento los proyectos de ley de Dilian Francisca Toro y Eduardo Merlano, referentes del Ministerio de la Protección Social. Para este médico salubrista

Ese remezón debe incluir un sistema de aseguramiento público universal, que haría innecesarios los regímenes contributivo y subsidiado, que generan diferencias odiosas entre los colombianos, al igual que la encuesta Sisbén, pues no se haría focalización para aseguramiento (El Pulso, 2010e).

Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social (MNSSS)

El Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social es un proceso en construcción permanente y su desarrollo va de la mano de la capacidad de articulación, organización, incidencia y movilización de sus miembros. El Movimiento en cada región organiza sus propias dinámicas en la vía de concretar su agenda hacia un Nuevo Modelo de Salud y Seguridad Social garante del derecho (Universidad de Antioquia, 2009).

Este movimiento ha participado, junto a otras organizaciones, en la audiencia pública de rendición de cuentas de seguimiento a las órdenes 16, 17, 18, 21 y 22 de la Sentencia T-760/08.⁷¹ A sí mismo, ha formado parte de las convocatorias realizadas por diferentes actores del campo de la salud con el fin de manifestarse frente a la grave situación que en él se vive. Consideran que esta situación es originada en las crecientes barreras de acceso colocadas por las EPS, el progresivo debilitamiento de la red pública hospitalaria, los crecientes costos de la intermediación financiera y las precarias condiciones laborales del sector salud, entre otras.

5.5 Las comisiones séptimas de Cámara de Representantes y Senado y partidos políticos

En las comisiones séptimas de Cámara de Representantes y Senado⁷² se llevó a cabo diversos debates sobre el sistema de salud en general, y de manera muy marginal sobre el POS. Durante las discusiones del Proyecto de Ley No. 155 de 1992 (que dio origen a la Ley 100 de 1993), tanto el Senador Álvaro Uribe Vélez como el Ministro de Salud Juan Luis Londoño se mostraban entusiasmados con las bondades que dentro de la reforma traería la adopción de los planes de beneficios. El primero, en su afán de asegurar la

⁷¹La orden 16 está relacionada con la adopción de medidas necesarias para superar las fallas de regulación, la 17 con la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud, la 18 con la periodicidad en la actualización, la 21 con la unificación de planes de beneficios para niñas y niños de regímenes contributivo y subsidiado y, la 22 con la adopción de programa y cronograma para unificación de los planes de beneficios de regímenes contributivo y subsidiado.

⁷²La Comisión Séptima del Congreso de la República cuenta con 19 miembros en la Cámara de Representantes y estudia los asuntos relacionados con el estatuto del servidor público, régimen salarial y prestacional del servicio público, organizaciones sindicales, seguridad social, cajas de previsión, fondos prestacionales, carrera administrativa, recreación, deportes, salud, vivienda, economía solidaria, asuntos de la mujer y la familia (Congreso Visible, 2010).

sostenibilidad financiera del sistema de salud propuso establecer la estratificación socioeconómica para el cobro de las cuotas moderadoras como criterio adicional al de la antigüedad autorizado por el Decreto 2148 que reformó al Instituto de Seguros Sociales, con el argumento de introducir un criterio de justicia social. Según Uribe estas cuotas moderadoras

[...] Son inevitables y nosotros queremos financiar, si nosotros queremos financiar este plan al trabajador y a la familia con cotizaciones efectivas del 11 %, en un escenario de crecimiento vertiginoso, de los costos de la medicina, de los costos de la salud, las cuotas moderadoras son inevitables, lo importante es que se derramen con criterio de justicia social y; por eso se introdujo la variable socioeconómica, al haber introducido la variable socioeconómica, yo creo que podemos insistir en que se apruebe el artículo como lo trae la subcomisión que desde el punto de vista social mejora lo que fue aprobado en el Decreto 2148, que modificó al Instituto [...] (Congreso de la República de Colombia, 1993).

Por su parte, el ministro Londoño proponía hacer de la prevención el eje básico de los planes de beneficios. Consideraba que

Es evidente que el plan obligatorio del sistema está orientado a hacer de la prevención el eje básico del sistema y en plan obligatorio la parte preventiva es la más importante, esa es precisamente la que queremos llevar en cada uno de los municipios y departamentos del país (Congreso de la República de Colombia, 1993).

En la Cámara de Representantes quienes se oponían a la forma como se estaba aprobando el POS eran Yolima Espinosa y Gloria Quiceno, mientras que María Cristina Ocampo y Camilo Sánchez hacían lo propio respecto a la pérdida de derechos adquiridos. Espinosa consideraba que el POS planteado en el artículo 258 del proyecto en discusión y que retomaba el Decreto 1650 de 1977 no estaba completo, mientras que Quiceno se lamentaba que el régimen subsidiado no tuviera el paquete integral que beneficiaba a la familia [Congreso de la República de Colombia(1993a); (1993b)].

Para María Cristina Ocampo defendía un sistema integral de atención en salud sin exclusiones

[...] La salud está asociada con el derecho a la vida. Yo no puedo estar medio aliviado, yo no puedo estar medio sano, o la salud es toda o no es y por eso, señalamos en las Comisiones Séptimas que el proyecto de salud tendría que garantizar salud integral en los mismos términos que hoy se presta a todos los afiliados del Seguro Social, sin exclusión alguna, ni de diálisis, ni de trasplantes, ni de tecnología, porque la salud tiene que ser integral (Congreso de la República de Colombia, 1993a).

Camilo Sánchez por su parte abogaba por los derechos de los trabajadores

Quiero dejar claro que se está perdiendo derechos adquiridos por parte de los trabajadores, y que disminuye la cobertura, y que verdaderamente estamos haciendo es una irresponsabilidad, porque el Congreso de la República no está para aprobar los proyectos sin escuchar, sin mirarlos, sino que nosotros estamos aquí para voceros de toda la comunidad y no ser voceros del partido... Yo sí le quiero decir, que esto quede claro que la ponente dijo que no se había estudiado, y que la conciliación no había tocado los temas de salud y que ahora estamos votando sin conocer el proyecto (Congreso de la República de Colombia, 1993b).

En 2006 cuando se discutía el Proyecto de Ley 02/2006 cámara y 040/2006 Senado sobre la reforma a la salud (que originó la Ley 1122 de 2007), las posiciones respecto al POS eran variadas. Por un lado, se podían identificar las críticas y las propuestas de reestructuración total del mismo como las del Polo Democrático Alternativo, así como las quejas frente al problema del aseguramiento y las EPS que hacía el Partido Liberal. Por el otro lado, estaban las manifestaciones de mantener el POS por los supuestos logros en materia de cobertura, que si bien presentaba fallas, era posible de corregirlas con algunas adecuaciones, como lo planteaba el Partido de la U y Cambio Radical.

Por el Polo Democrático Alternativo el Senador Luis Carlos Avellaneda manifestaba

[...] Nosotros en nuestro proyecto de Ley [122 de 2006, Senado] ordenamos construir un Sistema Integral de Salud que se denomina SISESA - Sistema Integral de Seguridad Social [...] Ustedes van a darse cuenta ahora como nosotros ordenamos un mismo Plan de Atención integral en Salud para los colombianos y las colombianas, que lo denominamos PAIS, y los ordenamos bajo un POS del régimen contributivo, mínimo de

un régimen contributivo de hoy, con lo cual lograremos equidad [...] (Congreso de la República de Colombia, 2006b, pág. 11).

[...] Cuáles son los objetivos del sistema integral de salud SISALUD. El objetivo es garantizar el derecho irrenunciable de la persona y la comodidad a la salud, porque es un derecho individual, pero también es un derecho colectivo, a fin de alcanzar calidad de vida acorde con la dignidad del ser humano, que es el objetivo último en la construcción de un Estado Social de Derecho [...] Dentro de nuestros objetivos también buscamos construir, definir, concertar y desarrollar una política de seguridad social en salud debidamente estructurada que se desarrolle de manera coordinada a nivel nacional, a nivel departamental y a nivel municipal [...] Salvo el pago razonable y austero de costos de administración. Buscamos en el proyecto suprimir el ánimo de lucro [...] (Congreso de la República de Colombia, 2006b, pág. 12).

El Senador Jesús Bernal Amorocho, mostraba su preocupación por el bienestar de los trabajadores y su descontento con la Ley 100 en general, y el sistema de aseguramiento en particular

[...] Qué es lo que ha pasado con la Ley 100? Que se ha deteriorado la salud de los colombianos, que se ha deteriorado el bienestar de los trabajadores de la Salud, que se ha deteriorado la calidad de la Salud de los colombianos. Desde este punto de vista la Ley 100 fracasó en el país, la Ley 100 no aguanta una reforma. Pero bueno, vuelve y juega una reforma para la Ley 100. Este proyecto que presentan está basado en un pilar: el aseguramiento, en el cual para desfortuna nuestra, el Partido Liberal en la ponencia que se presentó en el día de ayer, decían que ellos avalan el aseguramiento como pilar de la Ley 100 [...]

[...] Entonces el asegurador qué hace en la Salud, le dice a los médicos, usted tiene que atenderme un paciente cada 10 minutos, usted tiene que evitar recetar exámenes, porque baja mi tasa de ganancia. Usted tiene que recetar analgésicos, aspirinas en todas las enfermedades, y no me puede recetar medicina costosas; usted tiene que evitar al máximo las operaciones, Usted si ve que uno de nuestros afiliados presentan síntomas de una enfermedad de alto costo, la misma aseguradora es decir, la misma EPS, hace los trámites para afiliarlo al Seguro Social y se lo quitan de encima y lo mandan al Seguro Social. Cuando no pueden librarse de ese paciente entonces le dicen esa enfermedad que usted tiene no la cubre el POS, tutele. Y la misma aseguradora le hace la tutela y

acompaña al paciente para que presente la tutela. Porque al presentar la tutela el Fosyga le devuelve los recursos a esa EPS. Entonces el aseguramiento qué es? El aseguramiento es perverso. El aseguramiento no tiende a mejorar el problema de la Salud, tiende a agravarlo [...] (Congreso de la República de Colombia, 2006b, pág. 32).

Gloria Inés Ramírez, Senadora del Polo Democrático Alternativo manifestaba

[...] El segundo eje que quiero reiterar es el problema de la equidad señor Ministro [...] necesitamos contemplar un paquete único básico de beneficios para todos los colombianos y las colombianas sin importarles cuanto paga para que el servicio le sea prestado y mucho más en un país que tiene tanto nivel de pobreza como el nuestro [...] por eso nosotros no podemos aceptar señor Ministro y colegas congresistas que este sistema siga desarrollándose sobre la base de la inequidad no podemos aceptar que este sistema siga desarrollándose sobre la base de una salud diferenciada de acuerdo al bolsillo de cada uno de los colombiano y colombianas [...] (Congreso de la República de Colombia, 2006b, pág. 38).

Por su parte, el Representante a la Cámara Jorge Morales Gil del Partido Liberal, también reconocía los enormes problemas relacionados con las EPS, los recursos del sistema y el gran número de tutelas. Anotaba que

[...] no podemos cerrar los ojos y entender que hoy Colombia tiene problemas gravísimos en todo lo que tiene que ver con el aseguramiento, porque realmente hay algunas empresas que las debíamos ahora en este nuevo proyecto ponerlas ENS, que son las empresas negadoras de servicios, por eso tenemos que buscar, Señor Superintendente, que los recursos realmente lleguen en donde tiene que hacer [que ser], que se impacte realmente los indicadores de salud pública [...]

[...] No más tutelas, es que las tutelas no solamente, no la vamos a desconocer, pero tiene que haber una instancia previa a evitar esa congestión innecesaria en los juzgados y sobre todo para qué seguimos insistiendo cuando ha habido 10 mil, 12 mil, 15 mil tutelas sobre el mismo tema, yo creo que ahí es donde la ...Consejo Nacional como se vaya a determinar entren a decidir de una vez qué va el medicamento no POS o que va en el POS, porque no se justifica (Congreso de la República de Colombia, 2006a, pág. 53).

Pablo Enrique Salamanca, Representante a la Cámara del Partido Liberal, proponía adicionar un inciso al numeral 1 del artículo 7º del Proyecto de Ley 02 Cámara y 040 Senado

[...] 1. Definir los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

En ningún caso tales planes excluirán tratamiento, medicaciones o exámenes de laboratorio necesarios para superar cualquier enfermedad incluyendo las de alto costo (Congreso de la República de Colombia, 2006d, pág. 6).

Mauricio Parodi, Representante a la Cámara del Partido Liberal, en apoyo a la intervención del Senador Avellaneda se oponía a la diferenciación entre los regímenes contributivo y subsidiado

[...] Nosotros tenemos que seguir esforzándonos en lo de régimen contributivo... queremos que el gobierno también siga pensando que las posibilidades de ampliar afiliación al sistema vía régimen contributivo, tiene que ser la prioridad, nosotros si seguimos con este sistema de subsidios donde va vamos para más de la mitad de los colombianos afiliados a seguridad social, perdón, afiliados a salud, afiliados a salud, vía régimen subsidiado; nosotros no somos capaces como sociedad, de sostener eso y hago énfasis en lo de afiliados a salud, porque nosotros lo que estamos haciendo es promoviendo un sistema mendicante en el cual los pobres de Colombia tienen la afiliación a un seguro o como lo decía el Senador AVELLANEDA, a un mini seguro o a un mini POS, o a un POSITO, a un POS chiquitico que es el POS del subsidiado y ni qué decir de los subsidios parciales; pero estos colombianos no están siendo verdaderamente protegidos por la sociedad, estos colombianos no tiene amparo para el tema de vejez ni mucho menos para el amparo de muerte; entonces con ese tema de la seguridad social integral, nosotros debemos ir avanzando [...] (Congreso de la República de Colombia, 2006c, pág. 44).

Eduardo Benítez, Representante a la Cámara del Partido de la U, defensor de la Ley 100, manifestaba

[...] Yo creo que vale la pena entonces apreciados colegas, determinar por lo menos puntualmente cuales fueron o han sido los logros de la Ley 100 del 93, sin lugar a dudas hay una evidencia en el aumento de la cobertura en el aseguramiento, no creo equivocarme que en el año 1992, las coberturas de aseguramiento no llegaban al 30 0 35%, unas personas que estuvieran afiliadas a una institución que les respondiera por la prestación de sus servicios de salud, hoy estamos cerca al 82% de cobertura [...]

[...] Se creó la cultura en el país de la solidaridad, solidaridad que es práctica a través del punto que los trabajadores de Colombia y los empleadores ceden para financiar la salud de los más pobres, lo que se llama el punto de cotización.

A través de la Ley 100, se ha venido disminuyendo la brecha entre los que tienen los recursos y los que no lo tienen, es decir, hemos mejorado en la equidad, algún día este sistema tiene que llegar definitivamente a que en Colombia todos sus pobladores puedan tener un Plan de Beneficios único por arriba y no intermedio, sino por arriba para que reciban todos, todos los colombianos el mismo trato y consigamos entonces la equidad definitiva [...] (Congreso de la República de Colombia, 2006a, págs. 15-16).

Dilian Francisca Toro, Senadora del Partido de la U, destacaba en su intervención la importancia de mantener los recursos de oferta cubrir el régimen subsidiado

[...] Con el aumento de los puntos del régimen de transferencias, a pesar de que nosotros podamos trasladar oferta-demanda, se va a seguir manteniendo los mismos recursos de oferta, eso es muy importante para los hospitales porque hay muchos hospitales que no logran tener el equilibrio con el régimen subsidiado, que si le mantenemos la oferta, pues mientras que exista además servicios, si usted tienen un POS, pero en ese POS subsidiado no tienen cubierto todos los servicios especialmente los de nivel 2 que no están cubiertos totalmente; para esos los hospitales van a necesitar unos recursos de oferta... vamos a mantener los recursos de oferta para que los hospitales públicos puedan atender a las personas, que aunque haya cobertura universal hay unas actividades de nivel 2 que no están cubiertas por subsidiado y que tendrían que cubrir los hospitales públicos, además hay municipios donde son pequeños, pero tienen una oferta muy buena en servicios de salud en su hospital público, va allegar el momento que aunque todos estén subsidiados, el hospital no va a

poder mantener esa oferta con los recursos de contratación de esos hospitales, que tienen esos hospitales públicos, por eso creemos que es importante mantener, no acabar totalmente la oferta, yo creo que eso es importante (Congreso de la República de Colombia, 2006a, pág. 29).

Otros congresistas como Nicolás Uribe, Simón Gaviria, Ángel Cabrera, Luis Barrios, Luis Salas y Venus Albeiro Silva, también hacía propuestas de carácter administrativo en el manejo del régimen subsidiado. Con relación al Artículo 16 que se refería a la

[...] f) Las actividades y los recursos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad prevista en el POS del Régimen Subsidiado, estarán a cargo de las direcciones de salud de las entidades territoriales que tengan la capacidad técnica y administrativa para su gestión, previo concepto del Ministerio de la Protección, cuya prestación se hará a través de la Red Pública contratada (Congreso de la República de Colombia, 2006d, pág. 25).

Miguel Pinedo Vidal, Senador del Partido Cambio Radical, se refería a la obligación de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado de cubrir las enfermedades de alto costo. Consideraba que

[...] si vamos hacia la cobertura universal con todas las limitaciones que se han expuesto aquí, recordemos en el POS, Plan Obligatorio de Salud, tanto del régimen contributivo, como del régimen subsidiado, está la atención de enfermedades de alto costo, si estamos hablando aquí de la creación de una partida especial, es para pagar los gastos excedentes, mas no para reconocer el pago de enfermedades de alto costo, porque eso es responsabilidad de las EPS, tanto del régimen contributivo, como del régimen subsidiado. Quería hacer esa claridad para que no quede en la mente de los colegas que es que las enfermedades de alto costo se van a pagar con un fondo creado con el ECAP, no la responsabilidad es por parte de las EPS, del régimen contributivo y del régimen subsidiado, además el año pasado el Congreso de la República aprobó una Ley específica en la obligatoriedad de atender las enfermedades de alto costo por las EPS, del régimen contributivo y del régimen subsidiado (Congreso de la República de Colombia, 2006b, pág. 73).

El Senador Jorge Ballesteros por su parte, ha llamado la atención sobre algunas situaciones en relación con el POS y otros problemas

[...] Insistió en que el modelo de aseguramiento no lo es todo, en cuanto a flujo de recursos, hay otras amenazas de este modelo: estructurales como el POS, manual de tarifas, la inspección y control y causas como la tutela. Agregó que el tema más sensible y complicado del modelo de aseguramiento, es la financiación que deben asumir entes territoriales sobre eventos No-POS y los vinculados (El Pulso, 2009k).

5.6 Los organismos de control e instancias judiciales

La Corte Constitucional⁷³ en el año 2008 profirió la Sentencia T-760 que ataca la inequidad al igualar los POS contributivo y subsidiado y asegurar el flujo de recursos correspondientes y en el 2010 planteó al gobierno definir un mecanismo para asignar los No-POS. Para esta alta corporación era necesario realizar una asignación prioritaria, pues si bien no se podía garantizar que todos recibirán todo, sí definir dentro del derecho y de la ética médica y social, cuándo un paciente en ciertas condiciones podría recibir medicamentos y tratamientos no incluidos en el POS, cuyo acceso le daría mejor calidad de vida (El pulso 2008a; 2010b).

⁷³La Corte Constitucional fue creada por la actual Constitución Política, vigente desde el 7 de julio de 1991. La Corte es un organismo perteneciente a la rama judicial del Poder Público y se le confía la guarda de la integridad y supremacía de la Carta Política. Sus funciones, descritas en el artículo 241 de la Constitución, consisten en decidir sobre las demandas de constitucionalidad que promuevan los ciudadanos contra las leyes, los decretos con fuerza de ley dictados por el Gobierno y los actos legislativos reformativos de la Constitución; resolver sobre la constitucionalidad de la convocatoria a un referendo o a una Asamblea Constituyente para reformar la Constitución; decidir sobre la constitucionalidad de los referendos sobre leyes, las consultas populares y los plebiscitos del orden nacional; ejercer el control constitucional sobre los decretos legislativos dictados por el Gobierno al amparo de los estados de excepción; decidir definitivamente acerca de las objeciones por inconstitucionalidad que el Gobierno formule contra proyectos de ley y de manera integral y previa respecto a los proyectos de ley estatutaria aprobados por el Congreso; resolver acerca de las excusas para asistir a las citaciones realizadas por el Congreso en los términos del artículo 137 de la Carta; decidir sobre la exequibilidad de los tratados internacionales suscritos por el Estado colombiano y de las leyes que los aprueben y revisar las decisiones judiciales relacionadas con la acción de tutela de los derechos constitucionales prevista en el artículo 86 de la Constitución (Corte Constitucional, 2013).

Esta Sentencia determinó unos mandatos claros y precisos, orientados a reconocer la salud como derecho fundamental y que fuera el Estado y no los gobiernos, el que garantizara el acceso a la salud en condiciones de equidad para todos los colombianos. Sus órdenes incluían la actualización y la unificación de los planes obligatorios de salud (POS), de los regímenes contributivo y subsidiado, la universalización del acceso a la salud, la reorganización y la estabilización del flujo de recursos en el sistema, entre otras (El Pulso, 2009j).

Reconoció que las consideraciones en torno del mínimo vital y vida digna, hacen entender que prestaciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud -POS, hacen parte del núcleo esencial del derecho a la salud. Con lo anterior la Corte adoptó una posición en la que aclara que no todos los aspectos de un derecho fundamental son tutelables ni absolutos, por lo que pueden limitarse según criterios de razonabilidad y proporcionalidad, siempre y cuando se garantice un núcleo esencial de servicios a todas las personas; estos “mínimos en salud” no pueden ser restringidos por una norma en el Congreso o alegando escasez de recursos. Además como parte de su discurso aclaró que la progresividad del derecho a la salud, implica que no puede haber medidas regresivas en prestaciones (El Pulso, 2009t).

En el año 2010 la Corte Constitucional aseguraba que había "incumplimiento parcial" de la orden de su Sentencia T-760/08, de unificar los planes de salud (POS) de los niños colombianos. Dicha orden buscaba eliminar las inequidades en materia de servicios de salud, que se presentaban entre los niños más pobres afiliados al régimen subsidiado, quienes recibían menos servicios que los niños con más recursos económicos, afiliados al régimen contributivo. De la misma manera afirmaba que esta homologación desconocía a la población que tenía entre 12 y 18 años, al recordar que en Colombia se es adulto al cumplir los 18 años, argumento con el cual le ordenó al gobierno unificar también los planes de salud para esta población (El Pulso, 2010a).

Entre 2011 y 2012 la Corte Constitucional llevó a cabo dos audiencias públicas de seguimiento al cumplimiento de la Sentencia T-760/08, la primera de las cuales se realizó el 07 de julio de 2011 y tuvo como fin la revisión del desempeño del Gobierno respecto a los avances en la unificación de los planes de beneficios, la situación financiera y la crisis del sector. Allí la Corte concluyó que no habían sido satisfactorios tales avances, a pesar de las dificultades que ello representaba. La segunda audiencia, ocurrió en mayo de 2012

y nuevamente se llegó a la conclusión de que pese a una leve mejoría del sector, ello no ha incidido de manera fundamental en el goce efectivo del derecho a la salud, y por el contrario, la situación tiende a deteriorarse.⁷⁴

Con relación a la Emergencia Social en Salud (ESS), la Corte Constitucional por decisión unánime declaró en abril de 2010 la inexecutable del Decreto 4975 de 2009, pero dejó vigente hasta diciembre del mismo año el recaudo de impuestos que se destinarían a la atención de la población más vulnerable. Según el magistrado Mauricio González la mencionada norma expedida por el Gobierno de forma extraordinaria con el fin de conjurar la crisis de la salud no tenía razón de ser, ya que la crítica situación financiera que afrontaba el sector no se debía a hechos recientes sino a fallas estructurales que se venían dando desde tiempo atrás. Aclaró, sin embargo, que el sistema de salud en Colombia está en cuidados intensivos. Por esta razón, ya no de forma unánime, sino en una votación de 5 a 4, la alta corporación determinó que el Decreto 127 de 2010 que introducía una serie de reformas tributarias para recaudar fondos para el lesionado sector seguían vigentes hasta el 16 de diciembre de 2010.⁷⁵

Sin embargo, la Corte Constitucional dejó claro que los dineros recaudados en virtud de estos gravámenes

deberán ser dirigidos a la red hospitalaria pública y a garantizar el derecho a la salud de las personas que están en el régimen subsidiado o a quienes no aparezcan en las bases de datos, es decir, la población más vulnerable de Colombia.

⁷⁴Proyecto de Ley Estatutaria No. 105 de Senado presentado el 29 de agosto del 2012 por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760/08 y de la Reforma Estructural al Sistema de Salud y Seguridad Social (CSR) y avalado por unos 20 congresistas de distintas filiaciones políticas (partido conservador, Alianza Social Indígena ASI, Partido Verde, Polo Democrático Alternativo, Partido Liberal, Partido de la Nacional PIN, y el Movimiento Mira). Lo respalda también organizaciones como la Corporación Viva la Ciudadanía, la CUT, Fecode y asociaciones de pacientes.

⁷⁵De esta manera los gravámenes establecidos para la cerveza (14%), el vino y otros licores (entre \$256 y \$386 por producto), el cigarrillo y el tabaco (\$650 por cajetilla) y los juegos de azar (15%) seguirán aplicándose a lo largo del año, hasta que el 16 de diciembre el Gobierno y parlamentarios hayan logrado tramitar y aprobar una ley que le diera continuidad a estos impuestos. Según el magistrado González, es el Congreso de la República el escenario idóneo para "deliberar el rumbo que se le debe dar al sector salud" y no un recurso legal extraordinario como la declaración del estado de emergencia social (El Espectador, 2010s, pág. 2).

Esta corporación reiteró compartir el juicio de gravedad sobre el panorama de la salud destacado en los decretos, razón por la cual consideró que tales recursos permitirían al menos que la delicada condición del sistema de salud en el país no se agravara, perjudicando aún más a quienes no estaban inscritos en ninguno de los dos regímenes (subsidiado o contributivo). El Gobierno esperaba obtener más de \$1 billón de esta forma (El Espectador, 2010s, pág. 2).

La Contraloría General de la República (CGR)⁷⁶ en relación con la sentencia T-760 de 2008, la Contraloría General de la República indicó en su momento que si bien la Sentencia buscaba una atención igualitaria para la mayor parte de colombianos, ello implicaba recursos no presupuestados. Este hecho atentaba contra la sostenibilidad del sistema de salud, razón por la cual propuso buscar una forma gradual y sostenible de garantizar niveles de servicio de salud universales, de calidad, eficiente, equitativo y adecuado al nivel de desarrollo de Colombia. También, consideraba necesario propiciar un gran debate nacional, amplio y democrático, para definir un nuevo arreglo financiero e institucional de la política pública en salud (El Pulso, 2009j).⁷⁷

La Defensoría del Pueblo⁷⁸ en relación con las eventuales revisiones del Plan Obligatorio de Salud (POS), ha manifestado su preocupación por la reducción de los beneficios antes

⁷⁶La Contraloría General de la República (CGR), es el máximo órgano de control fiscal del Estado. Como tal, tiene la misión de procurar el buen uso de los recursos y bienes públicos y contribuir a la modernización del Estado, mediante acciones de mejoramiento continuo en las distintas entidades públicas. La Constitución Política de 1991, en su artículo 267, establece que: "El control fiscal es una función pública que ejercerá la Contraloría General de la República, la cual vigila la gestión fiscal de la administración y de los particulares o entidades que manejan fondos o bienes de la Nación" (Contraloría General de la República, s.f).

⁷⁷En el año 2011 la Contraloría General anunció la apertura de indagaciones preliminares en el Ministerio de la Protección Social, Fondo de Solidaridad de Garantías (Fosyga) y Saludcoop, con motivo de las denuncias de corrupción en el sector de la salud. La auditoría hecha por este organismo halló que del análisis de cuentas que presentaban las EPS por medicamentos o servicios prestados que no estaban en el Plan Obligatorio de Salud y que eran ordenados por los comités técnicos científicos o por jueces, se establecieron irregularidades que causarían detrimento patrimonial al Estado (Redacción Política, 2011).

⁷⁸La Defensoría del Pueblo es la institución del Estado colombiano responsable de impulsar la efectividad de los derechos humanos de los habitantes del territorio nacional y de los colombianos en el exterior, en el marco del Estado Social de Derecho democrático, participativo y pluralista, mediante las siguientes acciones integradas: i) Promover, ejercer y divulgar los derechos humanos, ii) Proteger y defender los derechos humanos y prevenir sus violaciones, iii) Fomentar la

que ajustarlos a los términos reales de las necesidades sentidas de morbilidad y de salud de la población. Consideraba que era preocupante que al argumentarse el equilibrio financiero del sistema se desatendiera el resto de los actores del sistema como prestadores y esencialmente los usuarios. Por ello la defensoría, insistía en que debía examinarse el modelo de aseguramiento, la morbilidad, los ajustes del factor de riesgo por cada patología, los ajustes al valor del POS y los costos por patología (El Pulso, 2003f).

En el 2009, realizó un Informe presentado a la Corte Constitucional, el cual contenía un catálogo de las negaciones de los servicios de salud sobre el cumplimiento de las órdenes impartidas por la Sentencia T-760/08 (El Pulso, 2009i). El Defensor del Pueblo de entonces, Vólmar Pérez, dijo en el 2010 frente a los decretos de emergencia social que *“Hemos pedido que se reexaminen esos decretos, que se reconsideren a efectos de encontrar los mecanismos que permitan garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de salud”* (El Espectador, 2010g).⁷⁹

La Superintendencia de Industria y Comercio (SIC),⁸⁰ como se había anotado páginas atrás, este organismo de control sancionó a 14 EPS y al gremio que las representa ACEMI, así como a algunas personas naturales que fungieron como representantes legales de las EPS. Esta sanción alcanzó la suma de \$ 16.984 millones, y en opinión del Superintendente

observancia del derecho internacional humanitario, iv) Atender, orientar y asesorar en el ejercicio de sus derechos, v) Proveer el acceso a la administración de justicia, en los casos señalados en la Ley (Defensoría del Pueblo, s.f).

⁷⁹Durante el periodo 2011-2012, la Defensoría del Pueblo llevo a cabo un estudio relacionado con el porcentaje de tutelas presentadas por los usuarios pertenecientes al régimen contributivo y subsidiado. Estableció cálculos a partir de los cuales dio a conocer en un informe denominado "La Tutela y el Derecho a la Salud 2012", la cantidad expresada en porcentaje de las tutelas presentadas por los diferentes usuarios reclamando todo tipo de tratamientos, medicamentos, cirugías, citas especializadas, entre otros incluidos o no en el POS. Para la Defensoría a pesar de que el POS se ha actualizado en los últimos años incluyendo más tecnologías en salud, también es cierto que han aumentado las solicitudes en las tutelas por estos contenidos. Las solicitudes en tutelas más frecuentes son con respecto a tratamientos, medicamentos, citas médicas, cirugías, prótesis, imágenes diagnósticas, exámenes paraclínicos y procedimientos. Otros: estudio sobre tutelas POS y No-POS (Defensoría del Pueblo, 2013).

⁸⁰La Superintendencia de Industria y Comercio (SIC), salvaguarda los derechos de los consumidores, protege la libre y sana competencia, actúa como autoridad nacional de la propiedad industrial y defiende los derechos fundamentales relacionados con la correcta administración de datos personales. De esta manera, la SIC es parte fundamental en la estrategia estatal en favor de la competitividad y la formalización de la economía, lo cual incluye la vigilancia a las cámaras de comercio y la metrología legal en Colombia (Superintendencia de Industria y Comercio, 2013).

José Miguel de la Calle, las evidencias se encontraron desde 2006. Este escándalo llevó al Expresidente de la República a afirmar que en su momento se pudo evitar los malos manejos con la supervisión del gobierno y que no era bueno para el país que se generara desconfianza en las EPS (Dinero, 2011).

5.7 Los medios de comunicación y formadores de opinión

La gran cantidad de publicaciones sobre la grave crisis del sector salud en general y del POS en particular, se inscribe en lo que algunos autores han llamado la *mediatización* de los *malestares sociales*, que al proponerse describirlos y *curarlos* los expone de esa manera en la plaza pública. Los medios de gran difusión, no son simples testigos limitados a informar sobre la realidad o plantear sus problemas, ya que el solo hecho de hablar de ellos públicamente modifica el status de esos malestares. De esta forma, lo que se podría vivir como un problema personal o local se convierte en un problema social que debe resolverse políticamente, y lo que era del orden de la responsabilidad personal, se vuelve en lo sucesivo responsabilidad colectiva. Es decir, lo que era inicialmente un malestar individual vivido como íntimo o privado, tiende a transformarse en un asunto de conversación pública, más tarde en tema de seminarios de reflexión y coloquios, así como en páginas de discusión de los diarios en los que se enfrentan comentarios intelectuales y políticos mediáticos. Sin embargo, es necesario reconocer que los medios pueden imponer su propia construcción de los problemas sociales, que se basa en gran medida en una puesta en escena de los hechos más espectaculares, así como también de los más superficiales. Los agentes sociales a los que decide hacer hablar o entrevistar contribuyen a dar existencia a un verdadero discurso público sobre los malestares que abordan (Champagne, 2010b, pág. 187).

Desde esta perspectiva, se puede deducir que, con motivo del impacto creado por los escándalos sobre el desfalco a la salud, los mandatos de la Corte Constitucional, especialmente la Sentencia T-760 de 2008⁸¹ y la declaratoria de la Emergencia Social en

⁸¹Aunque esta alta corporación ya había emitido la Sentencia, la T-463, que junto a la T-760/08 buscaba equiparar los planes de beneficios y reforzaba la autonomía de los médicos para la

Salud (ESS), los tipos de relaciones que se establecieron entre los diferentes actores y los medios de comunicación, llegaron a tal punto que se hizo muy difícil actuar al margen de ellos, o contra ellos. Esta situación se deduce por la proliferación, especialmente en los últimos cinco años, de numerosas publicaciones tanto de defensores del modelo de la Ley 100/93, como de sus opositores, entre cuyos autores se encuentran políticos, representantes gremiales, académicos, formadores de opinión y, por su puesto, periodistas. Entre la Ley 1122/07 y la Sentencia T-760, algunas publicaciones estuvieron enfocadas a temas como la Ley de alto costo,⁸² la actualización del POS,⁸³ los recursos y la calidad en salud,⁸⁴ los usuarios.⁸⁵ Entre la Sentencia T-760/08 y la ESS, varios temas giraron alrededor del cumplimiento de la Sentencia.⁸⁶ Respecto a la ESS, surgieron publicaciones que hacían alusión a la inconstitucionalidad de la ESS,⁸⁷ sanción a los médicos⁸⁸ y prioridad de la sostenibilidad financiera,⁸⁹ escándalos de corrupción,⁹⁰ violación de los derechos de los pacientes,⁹¹ problemas estructurales del sistema de salud⁹² y los desafíos del Ministerio de Salud.⁹³ Posterior a la declaratoria de inexecutable de la ESS, también aparecieron temas que pedían una actualización permanente y progresiva de los planes de beneficios.⁹⁴

Como sostiene Champagne (2010, págs. 337-341); (2010a, pág. 11), lo cierto es que los medios son parte integrante de la realidad, o si se quiere, producen efectos de realidad al fabricar una visión mediática de aquella que contribuye a crear la realidad que pretende describir. De esta manera las desdichas y las reivindicaciones deben expresarse más

formulación de medicamentos. Esta situación igualmente provocó algunas manifestaciones por diferentes actores.

⁸²El Pulso (2006d).

⁸³ El Pulso (2008d; 2008g; 2008l; 2008m; 2008o).

⁸⁴ El Pulso (2009; 2009a).

⁸⁵ El Pulso (2009b; 2009c).

⁸⁶ El Pulso (2009n; 2009q; 2009r; 2010g; 2010i; 2010k; 2010l).

⁸⁷ El Espectador, (2010p); La FM, (2013); La Silla Vacía, (2011b); La W, (2010).

⁸⁸ El Espectador (2010f; 2010h).

⁸⁹ El Espectador, (2012a); Semana (2010b; 2010f); Revista Poder, (2010).

⁹⁰ El Espectador, (2010r); El Tiempo, (2011).

⁹¹ El Espectador, (2010o); Semana (2010; 2010a).

⁹² El Espectador, (2012b); Semana, (2010d).

⁹³ El Espectador, (2012c); El Tiempo (2012); Semana, (2010c).

⁹⁴ El Pulso (2010m; 2010o).

mediáticamente si se desea tener una existencia públicamente reconocida y que el poder político de alguna manera las tome en cuenta.

5.8 Trayectoria de los miembros del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y la Comisión de Regulación en Salud (CRES)

Las asimetrías de posesión de los diferentes tipos de capital y de poder fueron muy evidentes en el CNSSS, reflejadas entre otras cosas, por el tipo y nivel de formación académica, así como por la trayectoria profesional de cada uno de los actores. Es notable el poder simbólico que representaba quienes tenían formación en temas económicos, especialmente si provenían de universidades de gran prestigio internacional y con experiencia en organismos financieros internacionales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo. Igualmente importante también era la formación académica en ciencias de la salud y la experiencia en centros hospitalarios y manejo de asuntos médicos. Con base en la información disponible consultada, se puede ver, por ejemplo, que los miembros del CNSSS tenían en su mayoría formación académica relacionada con las ciencias de la salud y/o las ciencias administrativas/económicas, seguido por la educación en derecho (Tabla 5-1). Esta tendencia se profundizó aún más con el advenimiento de la CRES, pues del total de sus miembros, 5 tenían formación académica en ciencias administrativas/económicas, más uno de los tres médicos que tenía formación avanzada en este campo y, un abogado (Tabla 5-3). De los 10 ministros de salud (antes Protección Social), en el periodo 1994-2010, 6 eran médicos (entre ellos Diego Palacio Betancourt, con posgrado en ciencias administrativas y que duró seis años en el cargo) y 2 economistas.

Al analizar la trayectoria académica y profesional de los actores del CNSSS, así como las actas relacionadas con el proceso de actualización del POS, se pudo observar lo que algunos investigadores (Gómez & Sánchez, 2006, pág. 53), habían identificado: que uno de los problemas más sobresalientes en los que se manifestaban los procesos de toma de decisiones se relacionaba con el acceso, la administración, la oportunidad y la capacidad de interpretación de la información. Las debilidades de algunos de los actores llevaban a una limitación del ejercicio democrático al interior de este Consejo y en general del desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En este sentido, se puede

decir con Bourdieu, que la desigual distribución de capital (la estructura total del campo), conforma el fundamento de los efectos específicos del capital, entendido como la capacidad de apropiarse de los beneficios y de imponer las reglas de juego tan favorables para el capital y para su reproducción como sea posible (Bourdieu, 2001, pág. 142).

En la medida en que las condiciones de transmisión y adquisición del capital cultural son menos perceptibles que las del capital económico, aquel se puede concebir como capital simbólico, es decir, no se conoce su verdadera naturaleza como capital. En lugar de ello, se reconoce como competencia o autoridad legítima que se debe esgrimir en todos los mercados en los que el capital económico no goza del mismo reconocimiento pleno. Por otro lado, a partir de esta verdadera lógica simbólica se deriva que la posesión de una gran cantidad de capital cultural es concebida como *algo especial*, que por lo mismo, sirve de base para posteriores beneficios materiales y simbólicos. Quienes poseen una gran competencia cultural determinada, como saber leer en un mundo de analfabetos, obtienen, debido a su posición en la estructura de distribución del capital cultural, un *valor de escasez* que le puede reportar beneficios adicionales (Bourdieu, 2001, págs. 141-142).

El estatus otorgado al saber económico, obedece al enfoque neoclásico de la misma Ley 100/93, que como lo indican algunos autores implica un fortalecimiento de la corriente hegemónica y no una opción importante al neoliberalismo (Hernández, 2005, pág. 472).

Si se miran los periodos de mayor relevancia en el proceso de reforma de la seguridad social en salud, los economistas han sido quienes normalmente ocuparon este ministerio. Juan Luis Londoño,⁹⁵ durante el impulso a la implementación de la Ley 100/93, Mauricio Santamaría⁹⁶ posterior a la crisis de la declaratoria de la Emergencia Social en Salud

⁹⁵Economista y politólogo antioqueño nacido el 26 de junio de 1958 y fallecido el 6 de febrero de 2003. Se graduó de la Universidad de los Andes en Economía y posteriormente obtuvo un Ph.D. de la Universidad de Harvard en la misma disciplina. Adicionalmente, obtuvo un Masters of Arts en ciencias políticas. Fue subjefe del Departamento Nacional de Planeación y Ministro de Salud durante el gobierno del ex presidente Cesar Gaviria. Ejerció el cargo de secretario del Consejo de Política Económica y Social (Conpes) entre 1990 y 1992. Entre 1994 y 1997 estuvo vinculado con el Banco Mundial y con el Banco Interamericano de Desarrollo (Banco de la República de Colombia, s.f).

⁹⁶Economista de la Universidad de los Andes, Máster y Ph. D. en Economía de la Universidad de Georgetown, en Washington. Se desempeñó como consultor del Banco Mundial, jefe de la División de Comercio Exterior y economista senior. Igualmente, fue director del centro de Investigaciones

(ESS), en cuyo periodo se reveló también la existencia de un carrusel en el que funcionarios del gobierno autorizaban ilegalmente el pago de medicamentos y procedimientos a las EPS. Y ya en el gobierno del Presidente Santos, se nombra en reemplazo de la médica Beatriz Londoño⁹⁷ al economista Alejandro Gaviria⁹⁸ en el tránsito entre la ESS y la Ley 1438/11, así como de los Proyectos de Ley Estatutaria y Ley Ordinaria que se proponía adelantar el Gobierno.

Con Respecto a los cargos ocupados se puede evidenciar que la mayoría de los miembros del CNSSS y la CRES tenían una amplia trayectoria en entidades relacionadas con temas económicos, gremiales o financieros como el DNP, Ministerio de Hacienda, Superintendencia bancaria, Regulación económica, Ecopetrol, Secretaria de Hacienda, FENALCO, ANDI, ACEMI, entre otros. Gran parte de los ministros de Hacienda y de Salud, además de haber cursado algún tipo de formación avanzada en prestigiosas universidades europeas o norteamericanas, especialmente de los Estados Unidos, contaban igualmente, con una gran experiencia en organismos multilaterales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo. El Banco Mundial y otras instituciones financieras internacionales, como se sabe, han favorecido la privatización de los servicios públicos y la entrada de las corporaciones de la atención gerenciada en varios países de América Latina. Las políticas de ajuste estructural de estas instituciones exigían la privatización, el reembolso de los préstamos anteriores y los recortes de los gastos del sector público (Waitzkin, 2013, pág. 175).

Otros miembros, incluyendo ministros de salud y representantes de la entidades territoriales, EPS e IPS, tenían experiencia en entidades relacionadas con la salud como hospitales, Colsubsidio, Organización Andina en salud, Organización Panamericana de la

Económicas de FEDESARROLLO y en 2005 ocupó el cargo de subdirector general del Departamento Nacional de Planeación (DNP). En 2010 asumió como Ministro de Salud y Protección Social y posteriormente llegó a ser Director del DNP (DPN, s.f).

⁹⁷Medica cirujana de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín, especialista en anestesiología y reanimación de la Universidad de Antioquia. Obtuvo un título de maestría en Salud Pública de la Universidad de Harvard (El Universal, 2012). Estuvo muy corto tiempo como Ministra de Salud: entre enero y agosto de 2012.

⁹⁸Ingeniero Civil de la Escuela de Ingeniería de Antioquia, Magíster en Economía de la Universidad de los Andes y Ph.D en Economía de la Universidad de California. Se desempeñó como investigador del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), subdirector de FEDESARROLLO, DNP y decano de la Facultad de Economía de la Universidad de los Andes (El Espectador, 2012c).

Salud (OPS), Secretarías de salud, Comisión de salud de la Academia Nacional de Medicina, Organización Sánitas, etc. Incluso la Ministra de Salud María Teresa Forero de Saade (1996-1997) venía de representar a las EPS en el CNSSS en 1995, caso que algunos han llamado la puerta giratoria.

Posteriormente, se encuentran aquellos que provenían de entidades del poder Judicial u organismos de control como la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura (CSJ) y la Fiscalía General de la Nación, entre otros. Y por último, se encuentran quienes tenían experiencia en entidades y/ u organizaciones sociales sindicales como la Central Unitaria de Trabajadores (CUT), el Movimiento obrero independiente, el Partido comunista colombiano, la Red de solidaridad social, ASMEDAS, Comisión Obrera Nacional, etc. (Tablas 5-2 y 5-3).

En general, como bien lo ha sostenido Uribe (2009, pág. 252), los actores no se pueden interpretar como entidades o límites precisos, sino que han experimentado cambios en estos procesos e implican movimientos en las posiciones ocupadas, entradas y salidas de los escenarios o apariciones coyunturales en los debates. Así como se ha evidenciado movilidad de actores entre organizaciones como ministerios de Salud y Hacienda desde o hacia organizaciones que representan el sector privado como ACEMI, u organismos internacionales como el BID y el BM, también se ha visto el caso opuesto. Es la situación por ejemplo, de académicos que pasaron de liderar propuestas de oposición al modelo gubernamental de reforma a incorporarse como funcionarios de algunas instituciones estatales y como consultores que se aliaron con diferentes grupos en algunas de las etapas.

Tabla 5-1 Miembros del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y estudios realizados, 1994-2010

		Miembros del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud																			
Miembros Reglamentarios		1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010			
Gobierno	Ministro de Trabajo y Seguridad Social	Juan Luis Londoño	Alonso Gómez	María Teresa del Forero Saade	Virgilio Galvis Ramírez	Mauricio Alberto Bustamante García	Sara Ordoñez Noriega	Virgilio Galvis Ramírez		Diego Palacio Betancourt										Mauricio Santamaría	
	Ministro de Hacienda y Crédito Público	José Elias Melo	María Sol Navia	Orlando Obregón	Carlos Bula Camacho	Hernando Yepes Escobar	Gina Magnolia Riaño Barón	Angelino Garzón	Gina Magnolia Riaño	Gabriel Ernesto Riveros Dueñas											Juan Carlos Echeverry
	Representantes de entidades departamentales de Salud	Donald Libreros Rada	Dilán Francisca Toro	César Córdoba	César Córdoba	César Córdoba	Fernando Castro Polanía		Joaquín Álvaro Bernal	Joaquín Álvaro Bernal	Felipe Aguirre	Felipe Aguirre	Carlos Armando Mestre	Alfonso Enrique Ramírez Hernández	Carlos Mario Rivera						
	Representantes de entidades municipales de Salud	Eduardo Daz Uribe	Erberto Flores	Luis Hernando Ortega	Luz Mary Coronado Marín	Luis Carlos Ochoa Ochoa	Gustavo Vargas	José Fernando Cardona			Alejandro Baena	Luis Eduardo Mejía	Luis Eduardo Mejía	Julo Alberto Rincón	Julo Alberto Rincón						
	Representante legal del ISS	Fanny Santamaría	Eduardo Alvarado	Carlos Wolf Isaza	Carlos Wolf Isaza	Jaime Arias Ramírez				Héctor José Cadena	Helena Muza	Gilberto Quinche Toro	Gilberto Quinche Toro	Gilberto Quinche Toro	Clara Ivy González	Clara Ivy González					
	Representante de los empleadores (grande)	Luis Felipe Jaramillo Lema (FENALCO)			Mario Gómez Jiménez (FENALCO)	Mario Gómez Jiménez (FENALCO)	Mario Gómez Jiménez (FENALCO)	Dionisio Araujo Vélez (FENALCO)	Mario Gómez Jiménez (FENALCO)											Carlos Eduardo Jurado Moncayo (ANDI)	
Representante de los empleadores (MIPYMES)	Enrique Álvarez Posada (ANDI)			Carmen Sofía Ramírez Vanegas (ANDI)	a.d.	Claudia Janeth Wilches Rojas (ANDI)	Francisco de Paula Gómez (ANDI)			Juan Carlos Madriñán (ANDI)	Juan Carlos Madriñán (ANDI)	Juan Carlos Madriñán (ANDI) / Carlos Eduardo Jurado	Andrés Guillermo Castro García (ACOPF)	Andrés Guillermo Castro García (ACOPF)	Andrés Guillermo Castro García (ACOPF)						
Representante de EPS	n.a	María Teresa Forero de Saade (ACEMI)	Juan Pablo Currisa (ACEMI)	Alberto González Amado (ACEMI)	Ana Cecilia Santos Acevedo (ACEMI)	Ana Cecilia Santos Acevedo (ACEMI)	Oscar Emilio Guerra Morales (ACEMI)	Ana Cecilia Santos Acevedo (ACEMI)	Nelcy Paredes (ACEMI)	Nelcy Paredes (ACEMI)	Nelcy Paredes (ACEMI)	Nelcy Paredes (ACEMI)	Nelcy Paredes (ACEMI)	Nelcy Paredes (ACEMI)	Nelcy Paredes (ACEMI)	Nelcy Paredes (ACEMI)	Nelcy Paredes (ACEMI)	Nelcy Paredes (ACEMI)			
Representante de IPS	Roberto Esguerra Gutiérrez	Roberto Esguerra Gutiérrez	Roberto Esguerra Gutiérrez	Ulshy Dan Beltrán															Carlos Mario Rivera	Sergio Luis García Acevedo	Sergio Luis García Acevedo
Representante de los profesionales en el área de la salud	Hernán Redondo Gómez	Hernán Redondo Gómez	Hernán Redondo Gómez	Hernán Redondo Gómez	Hernán Redondo Gómez	Hernán Redondo Gómez	Hernán Redondo Gómez	Hernán Redondo Gómez	Hernán Redondo Gómez	Hernán Redondo Gómez	Hernán Redondo Gómez	Hernán Redondo Gómez	Germán Garzón Mosquera								
Representante de los trabajadores (CUT)	José Roberto Chamucero (CUT)	José Roberto Chamucero (CUT)	José Roberto Chamucero (CUT)	José Roberto Chamucero (CUT)	José Roberto Chamucero (CUT)	José Roberto Chamucero (CUT)	José Roberto Chamucero (CUT)	José Roberto Chamucero (CUT)	José Roberto Chamucero (CUT)	José Roberto Chamucero (CUT)	José Roberto Chamucero (CUT)	José Roberto Chamucero (CUT)	José Roberto Chamucero (CUT)	Aldo Cadena (CUT)	Aldo Enrique Cadena (CUT)	Aldo Enrique Cadena (CUT)					
Representante de los trabajadores (pensión)	Rafael Gómez Quiroga	Rafael Gómez Quiroga	Abelardo Tovar Pachón	Fortunato Lozano Duarte	Hilvo Cárdenas Ruiz			Orlando Restrepo Pulgarín	Hilvo Cárdenas Ruiz	Orlando Restrepo Pulgarín											
Representantes de Asociaciones de usuarios de los servicios de salud rural	David Bersh Escobar (FUDESCO)							Humberto Montoya Jaramillo (FEDECAF E)	David Bersh Escobar (FEDECAF E)	Humberto Montoya Jaramillo (FEDECAF E)	Humberto Montoya Jaramillo (FEDECAF E)	Belkis Izquierdo Torres	Belkis Izquierdo Torres	Belkis Izquierdo Torres	Belkis Izquierdo Torres						
Secretario Técnico (Director General de seguridad social (Rica))	Beatriz Londoño S.	n.d.	Julita Rodríguez Villamil	Luis Carlos Sandino Restrepo	Carlos Paredes Gómez	Carlos Paredes Gómez	Carlos Paredes Gómez	Carlos Mario Ramírez Ramírez	Carlos Mario Ramírez Ramírez	Carlos Mario Ramírez Ramírez	Juan Gonzalo López	Eduardo Alvarado Santander	Eduardo Alvarado Santander	Eduardo Alvarado Santander	Blanca Ebrva Cajigas de Acosta	Carlos Ignacio Cuervo Valencia	Leonardo Oubillos Turriago				

Fuente: Adaptado del Ministerio de Salud y la Protección Social. www.minsalud.gov.co

ESTUDIOS REALIZADOS

Ciencias Administrativas/ Económicas	Filosofía	Ciencias de la Salud y Ciencias administrativas/ Económicas
Ciencias de la Salud	Licenciatura en Educación	
Derecho	Ingeniería Industrial	Dirección y Gestión de los Sistemas de Seguridad Social
Comunicación Social	Derecho y ciencias económicas (Juntas)	

Tabla 5-2 Miembros del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y cargos anteriores, 1994-2010⁹⁹

		Miembros del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud																			
Miembros Reglamentarios		1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010			
Gobierno	Ministerio de Salud	Juan Luis Londoño	Alonso Gómez	María Teresa del Forero Saade	Virgilio Galvis Ramírez	Mauricio Alberto Bustamante García	Sara Ordoñez Noriega	Virgilio Galvis Ramírez	Diego Palacio Betancourt										Mauricio Santamaría		
	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social	José Elias Melo	María Sol Navia	Orlando Obregón	Carlos Bula Carracho	Hernando Yepes Escobar	Gina Magroña Riaño Barón	Angelino Garzón	Gina Magroña Riaño	Gabriel Ernesto Rivas Dueñas											
	Ministerio de Hacienda y Crédito Público	Ulpiano Ayala (Viceministro)	José Antonio Ocampo	Antonio Udina Libbe	Juan Camilo Restrepo Salazar	Mónica Uribe (Delegada)										Juan Carlos Echeverry					
	Representantes departamentales de Salud	Donald Liberos Rada	Dilan Francisca Toro	César Córdoba	César Córdoba	César Córdoba	Fernando Castro Polanía	Joaquín Alvaro Flórez	Joaquín Alvaro Flórez	Felipe Aguirre	Felipe Aguirre	Carlos Armando Maestre	Alfonso Enrique Ramírez Hernández	Carlos Mario Rivera							
	Representantes de municipios de Salud	Eduardo Diaz Uribe	Eribero Flores	Luis Hernando Ortega	Luz Mary Coronado Marín	Luis Carlos Ochoa Ochoa	Gustavo Vargas	José Fernando Cardona	Alejandro Beena	Luis Eduardo Mejía	Luis Eduardo Mejía	Julio Alberto Rincón									
	Representante legal del ISS	Fanny Santamaría	Eduardo Alvarado	Carlos Wolf Isaza	Jaime Arias Ramírez	Héctor José Cadena										Helena Meza	Gilberto Quinche Toro	Gilberto Quinche Toro	Gilberto Quinche Toro	Clara Ivy González	
	Representante de los empleadores (grande)	Luis Felipe Jaramillo Lema (FENALCO)	Mario Gómez Jiménez (FENALCO)	Dionisio Gómez Vélaz (FENALCO)	Mario Gómez Jiménez (FENALCO)	Francisco de Paula Gómez (ANDI)										Juan Carlos Madrián (ANDI)	Juan Carlos Madrián (ANDI)	Juan Carlos Madrián (ANDI)	Andrés Guillermo Castro García (ACOPR)	Andrés Guillermo Castro García (ACOPR)	Andrés Guillermo Castro García (ACOPR)
	Representante de los empleadores (MYPESES)	Enrique Álvarez Posada (ANDI)	Carmen Sofía Ramírez Vanegas (ANDI)	a.d.	Claudia Janeth Wilches Rojas (ANDI)	Francisco de Paula Gómez (ANDI)										Juan Carlos Madrián (ANDI)	Juan Carlos Madrián (ANDI)	Juan Carlos Madrián (ANDI)	Andrés Guillermo Castro García (ACOPR)	Andrés Guillermo Castro García (ACOPR)	Andrés Guillermo Castro García (ACOPR)
	Representante de EPS	n.a	María Teresa Forero de Saade (ACEM)	Juan Pablo Currea (ACEM)	Alberto González Amado (ACEM)	Ana Cecilia Santos Acevedo (ACEM)	Oscar Emilio Guerra Morales (ACEM)	Ana Cecilia Santos Acevedo (ACEM)	Nely Paredes (ACEM)												
	Representante de IPS	Roberto Esquerri Gutiérrez	Roberto Esquerri Gutiérrez	Roberto Esquerri Gutiérrez	Uliah Dan Beltrán	Carlos Mario Rivera										Sergio Luis García Acevedo	Sergio Luis García Acevedo	Sergio Luis García Acevedo			
SECTOR PRIVADO	Representante de profesionales en el área de la salud	Hernán Redondo Gómez										Germán Garzón Mosquera									

⁹⁹ Los datos sobre la biografía de los actores corporativos y personales que formaron parte del CNSSS y la CRES se tomaron de diferentes fuentes, incluidas sus propias organizaciones gremiales o institucionales, así como de artículos de prensa, que por razones de espacio, no se pueden enumerar en estas páginas. En total suman 140 referencias bibliográficas y se pueden identificar fácilmente porque llevan como títulos palabras clave como “Quiénes somos”, “La organización X”, “Qué es la organización X”, “Historia de la organización X”, “Biografías”, “Nombre de la Persona Y”, “Estatutos de la entidad Z”, “Hoja de vida de W”, etc. Ver en referencias el capítulo sobre bibliografía de actores.

Usuarios	Representante de los trabajadores	José Roberto Chamucero (CUT)											Aldo Cadena (CUT)					
	Representante de los trabajadores (pensión)	Rafael Gómez Quiroga	Rafael Gómez Quiroga	Abelardo Tovar Pachón	Fortunato Lozano Duarte	Hilvo Cárdenas Ruiz	Orlando Restrepo Pulgarín	Hilvo Cárdenas Ruiz	Orlando Restrepo Pulgarín	Orlando Restrepo Pulgarín	Orlando Restrepo Pulgarín	Orlando Restrepo Pulgarín	Orlando Restrepo Pulgarín	Orlando Restrepo Pulgarín	Orlando Restrepo Pulgarín	Orlando Restrepo Pulgarín		
	Representantes de Asociaciones de usuarios de los servicios de salud rural	David Bersh Escobar (FUDESCO)					Humberto Montoya Jaramillo (FEDECAP E)	David Bersh Escobar (FEDECAFE)	Humberto Montoya Jaramillo (FEDECAFE)	Belkis Izquierdo Torres	Belkis Izquierdo Torres	Belkis Izquierdo Torres	Belkis Izquierdo Torres					
	Secretario Técnico (Director General de seguridad social del Min.)	Beatriz Londoño S.	n.d.	Julieta Rodríguez Villamil	Luis Carlos Sandino Restrepo	Carlos Paredes Gómez	Carlos Paredes Gómez	Carlos Mario Ramírez Ramírez		Juan Gonzalo López	Eduardo Alvarado Santander		Bianca Evíra Cajigas de Acosta	Carlos Ignacio Cuervo Valencia	Leonardo Cubillos Turriago			

Fuente: Adaptado del Ministerio de Salud y la Protección Social. www.minsalud.gov.co

EXPERIENCIAS O CARGOS ANTERIORES EN:

	Entidades relacionadas con temas económicos, gremiales o financieros: DNP, Min. Hacienda, Superbancaria, Superintendencia bancaria, Regulación económica, Ecopetrol, Secretaria de hacienda, FENALCO, ANDI, ACEMI
	Entidades relacionadas con la salud: Hospitales, Colsubsidio, Org. Andina en salud, OPS, Secretarías de salud, Comisión de salud de la academia nacional de medicina, Min. De Salud, Org. Sanitas
	Entidades del poder Judicial/organismos de control: Sala administrativa del consejo superior de la judicatura, Fiscalía general de la Nación.
	Entidades y/ u organizaciones sociales sindical: CUT, Movimiento obrero independiente, Partido comunista colombiano, Red de solidaridad social, ASMEDAS, Comisión obrera nacional.
	Cargos políticos o legislativos.

Tabla 5-3 Miembros de la Comisión de Regulación en Salud y cargos anteriores, 2009-2010

Nombre		Estudios realizados	Cargos Ocupados
Diego Palacio Betancourt	Ministro de Protección Social	Graduado de médico del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Cuenta con un Master en Economía de la Universidad Javeriana y con especializaciones en Gerencia de Mercadeo del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, en Administración y Gerencia de Recursos Humanos de la Universidad de los Andes y en Derecho Económico de la Universidad Externado de Colombia.(Departamento Nacional de Planeación, 2012)	Pertenece a la Dirección de Proyectos Especiales de la Casa Editorial El Tiempo, fue Gerente Nacional de Ventas y Mercadeo así como Gerente Nacional de Mercadeo Social de RCN Radio y Presidente de RCN Internacional en Nueva York. Fue asesor del Ministro Juan Luis Londoño, Asesor del Director del Departamento Nacional de Planeación (DNP) entre 1994 y 1995, consultor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), investigador invitado del proyecto "Comunicación y Desarrollo" de la Universidad de Georgetown, ForeignServiceSchool en Washington D.C., coordinador del Programa Administración Hospitalaria del Instituto FES de liderazgo y director del Proyecto Comunicación y Salud del Hospital Lorencita Villegas de Santos. Fue Ministro de la Protección Social durante el periodo de 2003 al 2010 y se vio enredado en temas de la Yidispolitica. (Departamento Nacional de Planeación, 2012)
Mauricio Santamaría	Ministro de Protección Social	Mauricio Santa María Salamanca es economista de la Universidad de los Andes (Bogotá- Colombia), Máster y Ph. D. en Economía de la Universidad de Georgetown, en Washington. (Departamento Nacional de Planeación, s.f).	Se desempeñó en el Banco Mundial como consultor, jefe de la División de Comercio Exterior y economista senior. Así mismo, fue director del centro de Investigaciones Económicas de Colombia, Fedesarrollo. En 2005 ocupó el cargo de Subdirector General del Departamento Nacional de Planeación, donde lideró proyectos como la construcción del Plan Nacional de Desarrollo 200-2010. En 2010 asumió como Ministro de Salud y Protección Social, en donde logró asegurar recursos para la sostenibilidad del sistema de salud colombiano y el aumento de la cobertura para más de dos millones de personas. Actualmente es el Director del Departamento Nacional de Planeación, cargo desde el cual lideró el diseño y puesta en marcha del Sistema General de Regalías, cuya ley es considerada como la norma más equitativa en la distribución de recursos de la historia económica colombiana. (Departamento Nacional de Planeación, s.f).
Beatriz Londoño Soto	Ministra de Protección Social	Medica cirujana de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín, especialista en anestesiología y reanimación de la Universidad de Antioquia y obtuvo un título de maestría en Salud Pública de la Universidad de Harvard. (El Universal, 2014).	Ha sido consultora del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, de la World Heart Federation y del Mount Sinal Heart, y participó en la discusión que concluyó con la expedición de la Ley Antitabaco. Se ha desempeñado como Secretaria de Salud de Bogotá entre 1995 y 1999 en donde implementó la política de salud pública que daba prioridad al mejoramiento de las condiciones de vida de la población y el cumplimiento de altos estándares de calidad en la prestación de los servicios. Adelantó el proceso de transformación de la red pública del distrito, obtuvo logros importantes en la implementación del régimen subsidiado y en el saneamiento financiero de hospitales. (El Universal, 2014).
Oscar Iván Zuluaga Escobar	Ministro de Hacienda y Crédito público	Graduado de Economía de la Universidad Javeriana de Bogotá. Cuenta con un Máster en Finanzas Públicas de la Universidad de Exeter en Inglaterra. (Oscar Ivan Zuluaga.com, 2012).	Fue concejal y luego alcalde de Pensilvania, su tierra natal. En este puesto se hizo merecedor de un reconocimiento del Banco Mundial por su destacada labor. En el 2002 fue elegido Senador de la República. Promovió y gestionó la reelección presidencial y fue Presidente y fundador del Partido Social de Unidad Nacional (Partido de la U). Hizo parte de importantes reformas al sistema pensional, a la legislación laboral, entre otras. En el gobierno de Álvaro Uribe fue Ministro Consejero de la Presidencia. En el 2007 fue nombrado Ministro de Hacienda y Crédito Público. (Oscar Ivan Zuluaga.com, 2012).
Juan Carlos Echeverry	Ministro de Hacienda	Economista de la Universidad de los Andes, con cursos de posgrado en el Instituto de Economía Mundial (en Kiel, Alemania) y estudios de Filosofía en la Universidad Complutense (en Madrid, España). Es Ph.D. en Economía en New York University. (Ministerio de Hacienda, s.f).	fue miembro del equipo económico responsable de la estabilización macroeconómica y el ajuste fiscal de Colombia entre 1998 y 2002. Durante esos años ejerció como Jefe de la Unidad de Análisis Macroeconómico del Departamento Nacional de Planeación (DNP), donde luego asumió la Subdirección y Dirección General de la entidad. Se ha desempeñado como Consultor de organismos internacionales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). También ha sido Asesor de Bancos de Inversión Internacionales, a través de la firma LatinSource, de Nueva York. Fue Decano de la Facultad de Economía de la Universidad de los Andes. Ha sido asesor gubernamental; perito en litigios en temas de planeación, infraestructura y desarrollo económico, y evaluador de licitaciones de infraestructura. Fue negociador del Gobierno colombiano ante organismos multilaterales de crédito (FMI y Banco Mundial), asociaciones sindicales y movilizaciones populares. Ejerció como Asesor del Proceso de Desarrollo de África, liderado por la BrenthurstFoundation de Suráfrica y la Fundación Konrad Adenauer de Alemania. Durante tres años fue comentarista semanal de la cadena internacional de noticias CNN en Español. Como docente ha sido varias veces elegido Mejor Profesor de Economía de la Universidad de los Andes y de New York University, por evaluación de los estudiantes. Es autor de distintos estudios económicos publicados en libros y revistas de Colombia y el exterior, con dominio de técnicas estadísticas y econométricas. (Ministerio de Hacienda, s.f).
Martha Lucía Gualtero Reyes	Comisionada experta de la CRES	Graduada de un Doctorado de Derecho de la Universidad Externado de Colombia. Cuenta con dos especializaciones, una en Ciencias Penales de la misma Universidad y la otra en Gestión Pública y Ciencias Administrativas de la Universidad de los Andes. (Cres.gov.co, 2012).	Ha trabajado como Jefe de Oficina Jurídica de la Secretaría de Salud de Cundinamarca y del Instituto Nacional de Vivienda de Interés Social y Reforma Urbana INURB, Jefe de la Oficina Jurídica del entonces Ministerio de Salud, y Asesora Jurídica de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas A.C.H.C, Asesora Jurídica en la Delegada para la Salud y Seguridad Social, en la Secretaría General de la Defensoría del Pueblo y del programa de salud de la misma entidad, ejerciendo durante los dos últimos años la Coordinación del mismo. (Cres.gov.co, 2012).
Esperanza Giraldo Muñoz	Comisionada o experto de la CRES	Graduada de Economía de la Universidad del Valle. Cuenta con una especialización en Marketing, con amplia experiencia en el sector público.(Cres.gov.co, 2012).	Cargos en la Dirección de Coordinación de Centros Experimentales Pilotos del Ministerio de Educación Nacional; en la Oficina de Planeación y Análisis Económicos del Ministerio de Hacienda y Crédito Público; fue Asesora del Fondo de Desarrollo Rural Integrado DRI y trabajó como Jefe de División de la Unidad de Desarrollo Territorial del Departamento Nacional de Planeación. En el Sector Salud, sus puestos han sido en la Superintendencia Nacional de Salud, como Asesor del Despacho del Superintendente, Director de Superintendencia para el Área Financiera del Sector Salud - Encargada, Director de Superintendencia de la Dirección General para Entidades Promotoras de Salud y Entidades de Prepago - fue Directora Técnico de la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social. Fue Asesora Externa sobre Seguridad Social en Coomeva E.P.S. Fue Consultora Territorial de la Unidad Técnica Central del Programa de Apoyo al Saneamiento Fiscal y Fortalecimiento Institucional de Entidades Territoriales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Asesora de la Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (Cres.gov.co, 2012).
Gustavo Adolfo Bravo Díaz	Comisionado o experto de la CRES	Graduado de Economista de la Universidad de Medellín. Cuenta con una especialización en Investigación de Operaciones de la misma Universidad. Realizó un Postgrado en Formulación y Evaluación de Proyectos, bajo el auspicio de la Organización de Estados Americanos, un Diplomado en Calidad, Control Interno y Auditoría en Salud en la Universidad de Antioquia y en Mejora, Organización y Programación del Trabajo en la Universidad Nacional. (Cres.gov.co, 2012).	Director Administrativo y Financiero y de Planeación del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín. Gerente Administrativo y Financiero de SUSALUD. Director de las Clínicas León XIII de Medellín y Santa Gertrudis de Envigado, Subgerente Administrativo, Financiero de la ESE Rafael Uribe Uribe, Consultor responsable de dirección de equipos en organizaciones como Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Corpaul, Sociedad Antioqueña de Economistas, Empresas Varias de Medellín, Universidad de Medellín, entre otros. Fue docente Universitario por cerca de 10 años, Director Ejecutivo de la Asociación de Cooperativas de Antioquia, Rector (E) Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid, Miembro de las Juntas Directivas de Suvalor, Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid, Confederación de Cooperativas de Colombia, Alcoholes S.A. y Sociedad Antioqueña de Economistas. Fue Presidente de la Sociedad Antioqueña de Economistas y Comisionado Experto de la Comisión de Regulación en Salud - CRES.(Cres.gov.co, 2012).
Ramiro Alonso Vergara Tamara	Comisionado o experto de la CRES	Graduado de Odontología de la Universidad Javeriana. Cuenta con un Magíster en Salud Pública y una especialización en Periodoncia, en Gerencia Administrativa de Salud y en Gerencia de Servicios Sociales, un Diplomado en Auditoría Médica y en Pedagogía.(Cres.gov.co, 2012).	Fue Odontólogo Jefe de la Universidad de Córdoba, entre 1980 y 1992. Desde 1980 y hasta su posesión en la CRES, se desempeñó como odontólogo. Fue Director Ejecutivo de la Federación Nacional de Comerciantes FENALCO (en Córdoba), entre 1992 y 1993, Gerente General de la Lotería de Córdoba durante dos periodos diferentes de tiempo, entre 1993 y 1994, y entre 1997 y 1998. Fue Secretario de Salud Municipal, Secretario Privado y Asesor del Despacho del Alcalde en Montería. Se desempeñó como interventor del Régimen Subsidiado y Salud Pública, como Asesor de la Contraloría Departamental de Córdoba en Régimen Subsidiado. Fue Director Regional de SaludCoop EPS, Agente Liquidador de la Superintendencia Nacional de Salud. Fue Presidente en dos ocasiones de la Federación Odontológica Colombiana y participó en las mesas directivas de numerosos grupos. Fue Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba y docente de numerosas Universidades Colombianas. (Cres.gov.co, 2012).

Fuente: CRES, 2012, 2012a, 2012b, 2012c.

6 Estructura y proceso de cambio del subsistema de política del POS

6.1 Cumplimiento de supuestos del subsistema de política del POS (SPPOS)

Entender el proceso de funcionamiento del subsistema de política del POS (SPPOS) implica abordar un criterio similar al destacado por Rousseau (2001, págs. 25-26), en el caso del estudio de la dinámica social, según el cual no es posible centrarse únicamente en el análisis de las diferentes categorías de actores definidos como políticos, técnicos o de otro tipo; o bien en las grandes estructuras organizacionales. Los primeros, a partir de su disposición prevista en los organigramas, y los segundos, en los textos constitucionales y legales. Estos aspectos por separado, no permiten comprender las reacciones, los juegos y los cálculos de los actores en un contexto institucional. Bajo esta premisa se abordó ambos niveles de análisis con el fin de identificar las estrategias de los actores durante 17 años con relación al proceso de definición y actualización del POS, con sus respectivos proyectos de mantenerlo, modificarlo o eliminarlo. Entre las estrategias resultó fundamental analizar las llevadas a cabo desde la ocupación de espacios organizativos centrales como el CNSSS y la CRES a partir de los cuales se construyeron nuevos mecanismos de mediación social, al igual que de regulación política mejor adaptados a las exigencias de las diferentes coaliciones. Esta perspectiva permitió además, entender el alcance y la naturaleza de la modificación de las relaciones de poder dentro del SPPOS.

Los mapas perceptuales muestran que las coaliciones analizadas normalmente se hicieron dentro de un alto grado de homogeneidad y con una recomposición de las mismas en las diferentes coyunturas críticas, en tanto que las posiciones políticas de apoyo/oposición se llevaron a cabo en un mayor grado de heterogeneidad. Este último aspecto es explicable en la medida en que las posiciones políticas son más claras respecto a los intereses particulares que los diferentes actores y coaliciones pretenden defender.

El análisis del ámbito externo al CNSSS/CRES, permitió constatar que en instituciones como el Congreso de la República, especialmente en la comisiones séptima de Senado y Cámara de Representantes, y en los partidos políticos, el tema sobre la actualización del POS fue prácticamente marginal, y en los casos en que se discutió, las posiciones políticas respecto al mismo guardaban relación con las asumidas a nivel más general entre defensores de la Ley 100/93 y sus detractores. En el primer caso, los representantes del partido de la U, Cambio Radical, Partido Conservador; y en el segundo, partidos de izquierda como el Polo Democrático Alternativo u otros movimientos como los Laicos por Colombia y el Partido Liberal.

La identificación de los discursos permitió un acercamiento a las creencias, los valores y los intereses de las diferentes coaliciones que orientaron las acciones para constituirse como comunidades de políticas públicas en las diferentes coyunturas críticas. Estas últimas, dependen de alguna manera, en que las mismas hablen un lenguaje similar y se apoyen en representaciones sociales relativamente apegadas a tales acciones (Rousseau, 2001, págs. 29-30). A su vez, la composición de estas comunidades de políticas puede funcionar como un indicador de la integración, de la participación de la población en las decisiones políticas o del grado de apertura del régimen (Roth, 2007, pág. 206). Sin embargo, se pudo constatar con relación al SPPOS, que en la mayoría de los casos, tales diferencias eran relativamente débiles, excepto los discursos de salud como factor económico, por una parte, y salud como derecho por la otra. Aunque esta última no fue constante en todas las coyunturas críticas, y en algunos casos aparecía junto a otros discursos formando una coalición.

Respecto al tratamiento de los actores se tuvo en cuenta también, lo planteado por Abrantes (2010, págs. 273-274), según la cual, éstos fueron considerados como sujetos sociales a partir de quienes se logró construir los mecanismos de interacción con otros actores. Estos fueron considerados como: i) parte de un proceso de reforma en el que muchos de ellos son poseedores de un saber específico, cuyo poder se funda en el dominio de determinados recursos para alcanzar ciertos fines. Estos últimos, a su vez se constituyen como medios para otros fines, en el que esgrimen instrumentos cargados de valores, intereses y preferencias. El lenguaje técnico científico de este proceso que actúa como legitimador se consideró como un ámbito de aglutinación de intereses, así como de articulación de la plataforma política e ideológica, al igual que como recurso de poder.

ii) Sujetos históricos con un pasado en las estructuras de poder en el campo de la salud que sirve como referencia y límite a su posición actual. Ello significa que cada uno de los actores que conformaron las diferentes coaliciones tenía, de alguna manera, experiencia en el campo de la salud al cual aportaron potencial previo y pautas de conducta. Esta mirada permitió un acercamiento a la relación de las diferentes coaliciones con las estructuras de poder del campo de la salud a partir de la dimensión técnico científica, en la que se pudo evidenciar que las mismas no escaparon al propio marco institucional definido por tales estructuras. Los discursos, posiciones políticas, razones y propuestas de las diferentes coaliciones estuvieron normalmente inscritas en el marco institucional que ha justificado la desigualdad de los regímenes según la capacidad de pago, la concepción de la salud desde el punto de vista mercantil, y el desconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental. Esta situación explica la permanencia y la hegemonía del modelo de la salud dentro de un marco institucional más amplio que parte del reconocimiento de tales derechos, siempre inscritos dentro de parámetros como la sostenibilidad fiscal y los principios de costo beneficio en la prestación de tales servicios.

iii) Los actores se construyen socialmente, lo cual significó analizar la forma como se establecieron las diferentes coaliciones por coyunturas críticas, sus discursos, sus posiciones políticas y sus propuestas como estrategias para alcanzar sus objetivos.

Con base en lo anterior, se pudo comprobar el supuesto 1, según la cual, *la interacción y disputa de las Coaliciones Promotoras (CP) que participaron dentro del SPPOS determinaron los contenidos de los planes de beneficios y las políticas públicas que las sustentaban*. Igualmente se comprobó el supuesto 2, que sostenía que *la interacción entre las CP eran básicamente juegos políticos en las que se intentaba en todo momento hacer prevalecer sus respectivos proyectos. De esta forma, el éxito o fracaso de cada una de las CP, dependía de sus recursos, estructura y poder de influencia*. No obstante, se evidenció que este proceso estuvo igualmente condicionado por la estructura institucional preexistente, en la que factores como la organización político administrativa, el componente normativo, el liderazgo especialmente de la coalición de la salud como factor económico, los discursos, las ideas y las creencias intervinieron en el proceso de actualización del POS.

Igualmente como lo contemplaba el supuesto 3 el Estado fungió como un actor con intereses particulares que forma parte del subsistema de política. Como lo sostiene Roth (2007, págs. 78-79) no se pudo reducir el Estado a una organización común y corriente, sino que éste junto a sus instituciones pueden ser analizados como organizaciones por medio de las cuales los agentes públicos, bien sea elegidos o administrativos, persiguen metas no exclusivamente como respuestas a demandas sociales. También puede ser entendido como configuraciones de organizaciones y de acciones que moldean, estructuran e influyen tanto en los procesos económicos como en las clases y grupos de interés.

El supuesto 4, sin embargo, se cumplió parcialmente, ya que la única coalición que se mantuvo consistentemente fue la de *salud como factor económico*, mientras que las otras (entre 3 y cuatro por coyuntura crítica), variaron mucho en su composición a lo largo de las diferentes coyunturas críticas, y en muchos casos, sus discursos no se diferenciaban suficientemente de aquella. No obstante, en adelante se hablará de las *coaliciones*, pero entendidas de esta manera. Después de la coalición de *salud como factor económico*, las otras dos con algún grado de importancia son *salud como derecho fundamental*, así como la de *inclusiones/exclusiones*. Ésta última especialmente en el CNSSS/CRES. Las demás, aparecen esporádicamente y son muy poco consistentes como para ser consideradas coaliciones. Los sistemas de valores y políticas se describen en la tabla 6-1.

La subdivisión del análisis del SPPOS, en las diferentes coyunturas críticas (Ley 100/93, Ley 1122/07, Sentencia T-760/08 y Emergencia Social/09), permitió conocer el proceso social y político en el cual las diferentes coaliciones incorporaron temas de interés en la agenda política.

Tabla 6-1. Sistema de valores y políticas del POS

	Núcleo duro (Normas y valores políticas fundamentales)	Núcleo de política (Principios de política del POS)	Aspectos secundarios (Instrumentales)
Salud como factor económico (Sistema de valores hegemónico)	Neoliberal en lo ideológico y neoclásico en lo económico. Estado modulador/regulador	Delimitación de derechos POS-S y POS-C. Diferenciación según capacidad de pago	Ley 100/93, Ley 1122/07, propuestas proyectos de ley y dentro del CNSSS/CRES
Salud como derecho fundamental (Sistema de valores no consolidado)	Estado garante/proveedor. Salud inherente al ser humano/bienestar	Derecho universal Plan único, universal y equitativo	Proyectos de ley (Ej: 122 del PDA), sentencias judiciales, demandas (Especialmente actores externos al CNSSS/CRES)
Inclusiones /exclusiones (Sistema de valores no claros)	No claro	Diferentes posiciones éticas, morales, técnicas y científicas frente a temas controversiales de inclusiones/exclusiones	Propuestas de inclusión/exclusión (Especialmente en el CNSSS/CRES)
Otros sistemas de valores no claros*	No claro	No claro	No claro

* Otros sistemas de valores son los asociados a las siguientes coaliciones: i) actualización/cobertura, ii) salud como derecho y demás, iii) unificación/igualación del POS, iv) factor técnico/científico y, v) salud como derecho y perfil epidemiológico.

Fuente: adaptado de Roth (2007, pág. 176).

6.2 Mediadores de política

Al analizar los responsables de las decisiones del SPPOS fue necesario identificar las pautas de comportamientos de las coaliciones, especialmente de las lideradas por las del factor económico conformada por actores de la alta dirección del Estado y del sector privado que ocuparon lugares estratégicos en la redefinición de las políticas públicas del POS. Se abordó igualmente, la recurrencia a los mediadores de política del POS, algunas veces conformados por actores de los mismos grupos interesados como las EPS dentro

del CNSSS a partir de los cuales se apoyaban para consolidar sus posiciones. Desde el punto de vista estratégico, se apoyaron también en Comisiones de estudios técnicos o asesoría de expertos, algunos de ellos internacionales como el profesor Norman Daniels de la Universidad de Harvard y reproducían sus discursos cuando convenía a sus intereses. De esta manera se pudo evidenciar que los responsables de las decisiones sobre las políticas del POS se integraron en grupos de interés haciendo visible sus discursos y canalizando corrientes de opinión a su favor.

Dentro de las diferentes sesiones del CNSSS donde se propusieron estos tipos de *mediadores* se pueden mencionar las siguientes:

i) El Proyecto de acuerdo por el cual se crea el Comité Técnico Científico del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones (CNSSS, Acta 61 del 02 de julio de 1998). En ella se propuso que en su conformación podrían participar los representantes de la EPS, IPS y de los profesionales de la salud, en las que se justificaba su carácter eminentemente técnico (similar al comité de medicamentos) y su conveniencia para determinar si un procedimiento era o no acorde a una patología. Esta situación, a pesar que algunos actores exponían sus dudas respecto a posibles inhabilidades por formar parte del Comité, al tiempo que eran miembros de los grupos interesados. Así, el representante de los trabajadores activos llamaba la atención sobre si se trataba de un comité exclusivamente técnico que aportara sobre estudios epidemiológicos, nuevos tratamientos e inclusiones en el POS, o también contemplaba la presencia de personas que defendían intereses particulares desde el punto de vista económico como las EPS, IPS o el Ministerio de Hacienda.

El representante de los profesionales de la Salud se postuló en la conformación del Comité Técnico Científico, más representantes de las EPS e IPS porque tenían mucha injerencia en el CNSSS. Sugirió además a un representante de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, un representante de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y un representante de la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología. Para este actor era importante que el estamento científico también estuviera por lo que propuso a un representante de la Asociación Médica Colombiana, ya que finalmente era quien coordinaba el conjunto de las sociedades científicas.” (Acta del CNSSS No. 61 del 2 de Julio de 1998). Aunque a través de las actas consultadas no fue posible establecer el papel

de este Comité para el cumplimiento de los objetivos propuestos, al parecer su papel fue poco visible con relación al proceso de actualización del POS, que como se sabe, desde ese periodo y hasta la orden de la Sentencia T-760/08 éste no fue posible, salvo algunos ejercicios de inclusiones y exclusiones.

ii) Solicitud de revisión de los Planes Obligatorios de Salud por parte de Acemi (CNSSS, Acta 190 del 22 de marzo de 2007). Propuso la conformación de un Comité Asesor y un plan de trabajo de largo plazo para revisar el POS de forma integral, contratando los estudios que fueran necesarios para la actualización en temas como la carga de enfermedad. Consideraba que con ello se podía contar de forma permanente con una metodología de ejecución y revisión en conjunto para actualizar permanentemente el POS y no ser reactivos al tema de las tutelas sino proactivos. La representante de Acemi menciona la necesidad de aclarar la zona gris en el POS, según ella para evitar interpretaciones sobre lo que se considera que está o no en los planes. Aduce que sobre el particular se trató de sacar un listado claro de los contenidos del POS desde hace bastante tiempo con el Ministerio pero que no ha salido porque no hay consenso sobre el Artículo 12 de la Resolución 5261. Considera que aunque la CRES asumirá esta tarea se debe dejar las recomendaciones para que ésta las asuma.

iii) Asesoría del exministro de salud e investigador del Centro de Gestión Hospitalaria (CGH), Augusto Galán sobre las implicaciones de las órdenes 17, 21 y 22 de la Sentencia T-760/08 de la Corte Constitucional y lo que sería una aproximación al POS, conforme a su mandato. El CGH, también asesoró al CNSSS sobre la denominada zona gris. Relata que dentro de la metodología para la decisión de ese POS modificado, el equipo se fundamentó en unos objetivos generales, enmarcados en las Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007, así como en el Decreto 3033 de 2007 (Plan Nacional de Salud Pública), así como en la Observación 14 del artículo 12 de la Declaración de Derechos Humanos Internacionales Económicos y Sociales. De esa manera, se considera que el objetivo general de ese POS unificado debe ser contribuir a la salud, disminuir inequidad en acceso, y mitigar el impacto económico de los eventos en salud a la población.

A su parecer, el POS debe estar estructurado en condiciones médicas, orientado a un objetivo claro, en tanto el POS actual no lo es, pues está categorizado por áreas anatómicas, señalando que obviamente, el resultante deberá ser el mismo para el Régimen

Contributivo y para el Régimen Subsidiado. Indica además que no sólo se quiere apelar a estos elementos, sino que realizaron análisis de otros como los RIPS y encuestas, y señalando que hay preocupación sobre los tiempos del mandato, que son cortos. Recomienda que en ese proceso, se puede apelar a la aplicación de guías nacionales, o a adoptar guías internacionales que permitan identificar intervenciones y requerimientos tecnológicos. Por supuesto, se debe hacer una revisión del MAPIPOS actual, para analizar qué está y qué no está incluido. (CNSSS, Acta No.212 del 27 de enero de 2009).

iv) Asesoría internacional del Profesor Norman Daniels de la Universidad de Harvard sobre consideraciones de equidad en la distribución de recursos en salud. (CNSSS, Acta 212, del 27 de enero de 2009).

A partir de la presentación de los trabajos de estas Comisiones o asesorías los diferentes actores sacan a relucir sus diferencias e interpretaciones con relación a sus intereses. Por ejemplo la representante de las EPS (diferente al ISS), resalta que

[...] es necesario que el Consejo reflexione sobre qué es lo que la Corte ordena en su Sentencia T-760 de 2008. No cree que la Corte le diga al Consejo que defina un POS ilimitado, sino que consulte unas prioridades, y lo que se debe definir son los criterios para definir esas prioridades, con ayuda de expertos internacionales, lo cual implica reformar los dos regímenes, o la forma en que se ven, incluyendo obviamente al MAPIPOS. Una vez definido ese Plan, la Corte solicita definir la progresividad, la forma, la metodología, de cómo va creciendo el mismo en el tiempo, dados los recursos económicos existentes.

Continúa la doctora Paredes indicando la importancia de todas las reuniones interesantes realizadas (con el NICE, con el profesor Daniels), pero piensa que no es fácil la tarea de orientar un POS por patologías que garantice la integralidad con base en guías que definan cuándo una tecnología extraordinaria si está cubierta y cuando no. La tarea es definir un POS que cumpla con lo que dice la Sentencia, que menciona una obligación adicional que es la de “cómo vamos a caminar hacia adelante”, cómo se va a revisar ese Plan, cuál es la progresividad y las razones de por qué hay servicios que se dejan por fuera. Así, se podría decir, que vía tutelas se ordena cubrir la hormona del crecimiento, y consecuentemente, responder que no es posible, con las justificaciones técnico-científicas y financieras correspondientes, y ventilar dicha discusión dentro del

proceso participativo tratado también por la Corte. Agrega la doctora Paredes que el mensaje de la Corte implica la definición de un POS universal, en procesos decisorios que consulten las limitaciones económicas del Estado, y donde se definan criterios para tomar dichas determinaciones, tanto para dejar “por fuera” de las coberturas, para mayor entendimiento, y para que en caso de que existan más recursos, se defina la progresividad de la inclusión de las mismas [...]

El representante de la Academia Nacional de Medicina, dice acerca de la intervención del CGH y del profesor Daniels

[...] la discusión no se trata de si la orden de la Corte es o no un POS unificado. El problema que plantean los miembros del CGH [Centro de Gestión Hospitalario] como consultores del CNSSS, es si esa es la metodología adecuada para que ellos hagan una propuesta de unificación del POS. Y si se considera que esa forma de priorización es la adecuada o no, en tanto el CGH nunca va a proponer un nuevo POS. El paquete que se tiene que decidir, de acuerdo con los criterios y las dificultades propias presentadas por el profesor Daniels, constituye un problema ético y político, que le corresponde definir a este Consejo, y no a un consultor técnico. En resumen, lo que se debe revisar es la metodología, en tanto las decisiones éticas y políticas le corresponden al CNSSS, de acuerdo con la Sentencia T-760 de 2008. (CNSSS, Acta 212, del 27 de enero de 2009).

Un representante de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), deja ver la pugna que se presentaba al interior del CNSSS, cuando hace su pregunta al profesor Daniels acerca de la legitimación de los procesos de distribución de los recursos y la publicidad

[...] y pregunta si ello implica que la comunidad, los usuarios, deben participar en el proceso, de forma democrática, incluyendo, a miembros del Congreso, y como segunda pregunta, cómo hacer para que todos los actores puedan conformar coaliciones funcionales, que al final sirva a este propósito, y no para que sin que se conformen ligas de intereses para sacar partido de las situaciones, o hacer lobby o incluir lo que no se debe. (CNSSS, Acta 212, del 27 de enero de 2009).

A partir de los postulados del profesor Norman Daniels, uno de los miembros del Centro de Gestión Hospitalaria que asistió a la sesión del 27 de enero de 2009 del CNSSS publicó un artículo llamado “¿El POS que queremos, o el POS que podemos pagar?” en el que

llama la atención sobre la importancia de abordar el tema del racionamiento de los recursos de la salud. En este medio escrito dice lo siguiente

Reconocer al individuo un derecho a la salud sin importar su capacidad de pago, genera lo que Norman Daniels llama un problema de <<un barril sin fondo>>, es decir, se consumen recursos aceleradamente, pues ni el individuo ni el prestador de servicios tienen incentivo alguno para impedir que se genere un beneficio garantizado por la Constitución misma (Castaño, 2004, pág. 7).

Como lo plantea Ramírez (2010, pág. 31), a pesar de las referencias de los procesos justos del profesor Daniels y de Rawls, en el país no se incorpora la idea de la posición originaria y los acuerdos razonables, entendiendo por ello que quienes participan en el proceso deben ser, desde el inicio, ciudadanos en una sociedad bien ordenada. En el país esta condición no se respeta, ya que el criterio de referencia no es la ciudadanía sino la afiliación, y en ésta opera el principio de exclusión de los no afiliados, al igual que la segmentación de los afiliados en las diferentes categorías (Ramírez, 2010, pág. 31).

6.3 Factores de cambio de política

A partir del uso del modelo de las *Advocacy coalition* para el análisis del SPPOS, se puede decir que no se evidenciaron factores de cambio trascendentales en el entorno estable como reformas constitucionales (salvo los fallos de la Corte Constitucional que han sentado jurisprudencia en la materia), modificaciones de las características fundamentales del problema, los valores socioculturales o la estructura social que pudieran tener efectos sobre modificaciones importantes del SPPOS. En el entorno dinámico tampoco se presentaron grandes cambios, a excepción de la recesión económica en el segundo quinquenio de los años 90, que agudizó aún más la situación de desempleo que ya se venía experimentando por la flexibilización del mercado laboral.¹⁰⁰ Este último aspecto,

¹⁰⁰ Algunos efectos de la apertura económica de los años 90 en el país se reflejaron en una desaceleración en el ritmo de acumulación de capital en los sectores productores de bienes transables, en una pérdida paulatina del dominio sobre el mercado interno, en un déficit creciente en la cuenta corriente y en la balanza de pagos, y por lo mismo, en un aumento en el nivel de desempleo. Después de que Colombia experimentara un crecimiento del PIB promedio del 4,3 en el periodo 1990-1994, esta desciende a 2,9 entre 1995-1998, para finalizar con -4,9 en 1999 (Misas, 2002).

junto a otros factores afectó el número de afiliados al régimen contributivo y ratifica lo señalado por Hernández (2010, pag.34), según el cual la promesa de la cobertura universal pasa por la viabilidad económica en época de crisis cuando se experimenta el aumento sistemático del desempleo, el subempleo y la precarización del trabajo.

Otro aspecto de gran importancia fue el pronunciamiento de la Sentencia T-760/08 por la Corte Constitucional como producto del aumento vertiginoso de las tutelas, que marcó un hito importante en el campo de la salud al poner sobre el tapete la discusión de la salud como derecho humano fundamental o como servicio. No obstante, por importante que hayan sido estos hechos no significó un cambio de rumbo o el surgimiento de una coalición diferente a la de salud como factor económico que tiene como su máximo referente la vigencia de los principios y valores instaurados en la Ley 100/93. No obstante, se pudo constatar, que a pesar de esta situación, los momentos coyunturales como los generados por la Sentencia T-760/08 y la promulgación de la Emergencia Social de 2009 y demás decretos en los primeros meses de 2010, aumentó el número de actores que se manifestaron al respecto. En estas dos coyunturas críticas las coaliciones opositoras a la salud como factor económico, confluyeron con mayor fuerza, recursos y propuestas para defender sus respectivas posiciones, intereses y valores. Esta situación habría podido constituirse en una *ventana* política utilizada por las diferentes coaliciones de actores para imponer cambios. Para Kingdon, la apertura temporal de tales ventanas es el encuentro de tres corrientes como son los problemas, las soluciones y las condiciones u oportunidades políticas (Roth, 2007, pág. 208). Aunque no se evidenció un cambio profundo respecto al SPPOS, estas dos situaciones permitieron constatar que la lucha entre las diferentes coaliciones continúa vigente mientras se sustente en el mismo modelo de las leyes 100/93 y 1122/07.

6.4 La relevancia de los discursos por ámbito de actuación y coyunturas críticas

6.4.1 Definición de categorías

Las once categorías de discursos fueron definidas de la siguiente manera:

Inclusiones y exclusiones del POS: *Son los discursos que hacen referencia a los servicios, actividades, medicamentos, tratamientos, procedimientos, intervenciones quirúrgicas y tecnologías que pueden ser incluidos o excluidos de la canasta de beneficios del POS subsidiado (POS-S) y/o contributivo (POS-C). Dentro de esta categoría se asumen diferentes posiciones éticas, morales, técnicas-científicas y jurídicas, entre otras, frente a temas tan controversiales como la interrupción voluntaria del embarazo, la vasectomía, el tratamiento del VIH-sida, trasplantes de órganos, cáncer, enfermedades renales, anteojos y cataratas etc. Igualmente, la solicitud de algunos actores sobre la aclaración de las zonas grises, con el fin de determinar exactamente lo que le correspondería a la EPS suministrar.*

Salud como derecho: *Son los discursos que defienden principalmente la salud como un derecho irrenunciable acorde con la dignidad del ser humano, y aunque se considere un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control estén a cargo del Estado, se acepta que pueda ser prestado por entidades públicas, privadas o mixtas. Especialmente se defienden los derechos de la población vulnerable como desplazados, indígenas, niños, niñas y adolescentes (se denuncia el incumplimiento del código de infancia y adolescencia en materia de salud), entre otros. Se defiende de la misma manera, la salud como un derecho individual y colectivo, y se hace un llamado a todos los actores sociales sobre el cumplimiento de las órdenes emitidas por la Corte Constitucional como la Sentencia T-760 de 2008.*

Salud como factor económico: *Son aquellos discursos que defienden principalmente la sostenibilidad financiera del sistema de salud y los principios de costo-beneficio, frente a los temas de actualización, revisión, reestructuración, igualación y cobertura del POS. Apoyan el equilibrio POS-UPC y la intermediación de las entidades Promotoras de Salud.*

Salud como derecho y como factor económico: *Son discursos en donde se interpreta el derecho fundamental a la salud supeditado a la sostenibilidad financiera del sistema y lo consideran realizable en la medida en que la provisión de tales servicios de salud se acompañe de la afluencia suficiente y oportuna de los recursos económicos. En el contexto de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional y la gran cantidad de tutelas, especialmente a partir de 2002 sobre contenidos del POS y No POS, los defensores de*

estos discursos sostienen la imposibilidad de garantizar todos los servicios, procedimientos y tecnologías por las condiciones económicas del país.

Factor técnico científico: *Son discursos en donde se defiende la creación de comités técnico-científicos y los expertos que deben conformarlos, los cuales puedan realizar una evaluación tecnológica y científica previa a las decisiones sobre las inclusiones y/o exclusiones del POS, así como constituir un sistema permanente de evaluación de tecnologías para hacer las respectivas recomendaciones.*

Actualización y cobertura del POS: *Son discursos en los cuales se defiende un crecimiento progresivo de los beneficios del POS, especialmente del régimen subsidiado, frente a aquellos que prefieren mantenerlo igual para ampliar cobertura. Se critica la poca actualización que ha tenido el POS, considerada como nula entre 1994- 2002, y lenta o también inexistente hasta hoy.*

Perfil epidemiológico y POS por patologías: *Son discursos que propugnan por un POS acorde con las patologías, perfil epidemiológico y necesidades de salud de la población. Se discute los factores de riesgo por patologías, la baja o alta frecuencia y su relación con los costos, las diferencias de morbilidad por regiones y la necesidad de trabajar sobre programas de promoción y prevención, así como identificar los tipos de patologías a los que se dedicaría mayor esfuerzo.*

Sanciones a médicos: *Son discursos cuya discusión se inscribe especialmente en el contexto de la declaratoria de la Emergencia Social de 2009. Presenta la reacción de los diferentes actores, especialmente de los médicos sobre las sanciones de tipo económico y legal a las que se verían sometidos por prescribir medicamentos no incluidos en el POS y/o por ir en contra de lo establecido por los decretos reglamentarios. Esta situación les generaría un dilema ético que va en contra de su práctica profesional.*

Unificación e igualación del POS: *Se refiere a aquellos discursos que contemplan la posibilidad de equiparar, unificar o igualar los planes de beneficios de los regímenes subsidiado y contributivo a través de un plan único por arriba. Las principales razones radican en lograr disminuir los niveles de inequidad en el sistema de salud en materia de acceso y prestación de servicios, realizar una revisión del POS bajo un carácter progresivo*

y nunca regresivo y contemplar un paquete único básico de beneficios para todos los colombianos sin importar cuánto pagan para que el servicio les sea prestado.

Universalización del POS: *Hace referencia a aquellos discursos que enfatizan la necesidad de universalizar los servicios del POS por alguna de las siguientes razones: i) garantizar mayor equidad en el sistema de salud, ii) universalizar el aseguramiento de forma que se cubran algunas actividades y procedimientos como el trauma por violencia y aquellas enfermedades crónicas donde el tratamiento médico es eficiente e indispensable o, iii) cubrir todo tipo de patologías sin fragmentación por tipo de afiliación.*

Otros: *Son discursos que relacionan el tema del POS con aspectos diferentes a los contemplados en las diez categorías previamente definidas. Entre ellos figuran los siguientes: i) la prevención, ii) la ley de alto costo por no ser concertada con los actores, iii) la delimitación clara de lo POS y No- POS (zona Gris), iv) la necesidad de regulación de precios de medicamentos más costosos, v) el aumento de la UPC frente a subsidios de salud para adultos mayores y, vi) la ejecución y control social sobre programas de promoción y prevención de acuerdo al perfil epidemiológico de la población.*

A partir de estos discursos, los respectivos recursos relevantes para buscar incidir en las decisiones de políticas públicas del POS, la posición política de apoyo u oposición a determinadas propuestas sobre el proceso de definición y actualización, la coordinación de estrategias, entre otras, se identificaron las coaliciones más importantes y los respectivos actores que las conformaron. Éstas se pueden resumir de la siguiente manera:¹⁰¹

- a) **Coalición de Salud como factor económico (B):** ministerios de Hacienda y Protección Social/Salud, EPS, IPS, Colegio Médico Colombiano (CMC), Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi), Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), Secretaría de Salud de Antioquia, Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia (GES), Universidad

¹⁰¹ Es de notar sin embargo, que algunos de ellos cambian de una coalición a otra, dependiendo de la coyuntura crítica analizada.

CES, Centro de Proyectos para el Desarrollo de la Universidad Javeriana (Cendex), Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame), Cambio Radical, Partido de la U, una fracción del Partido Liberal (Rafael Pardo), Organización Iberoamericana de Seguridad Social (Colombia y Área Andina, OISS), Contraloría General de la República, Colciencias, y Álvaro Uribe (como senador en 1993 y como presidente de la República 2002-2006; 2006-2010). En el CNSSS/CRES, además de los ministerios de Hacienda y Protección Social/Salud, las EPS e IPS, ya mencionados aparecen en esta coalición la Andi (como representante de las empresas industriales, REI) y Acopi (como representantes de los empresas comerciantes (REC).

- b) **Coalición de Salud como derecho fundamental** (G): esta coalición en unas coyunturas críticas aparece formando una coalición con otras (Salud como derecho y demás, D), y en otras coyunturas críticas figura sola. Entre los diferentes actores se encuentra la Corte Constitucional, partido político Polo Democrático Alternativo (PDA), Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar (Asocajas), Federación Médica Colombiana (FMC), Colegio Nacional de Médicos Generales (Conameg), Centro de Estudios de Justicia (Dejusticia), Asociación Colombia Saludable, Asociación Colombiana de Enfermedades Lisosomal (Acopel), Colegio Médico de Caldas y Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos. En el CNSSS/CRES, aparece salud como derecho y demás (D), en los que se cuentan el Centro de Gestión Hospitalaria (CGH), representante municipal de salud (RMS) y Ministerio de Trabajo.
- c) **Coalición de Inclusiones y exclusiones** (A): Fundación Valle de Lili, Asociación Médica Colombiana, Sociedad Colombiana de Infectología, Partido Liberal, Federación Médica Colombiana (FMC), Fundación para la investigación y el Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social y Partido de la U. En el CNSSS/CRES, Ascofame, ACHC, FMC, representante de los pensionados (RP), representante de los usuarios del sector rural (RUR) y algunos comisionados de la CRES.
- d) **Coalición de Unificación/igualación** (E): Defensoría del Pueblo, Partido de la U, Polo Democrático Alternativo (PDA), Organización Iberoamericana de Seguridad Social (Colombia y Área Andina, OISS), Ministerio de Protección Social/Salud,

Cosesam, Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social (Fedesalud).

- e) **Coalición de Salud como factor técnico/científico (F)**: Instituto de Seguros Sociales (ISS), Asociación Colombiana de Químicos Farmacéuticos y Hospitalarios, Academia Nacional de Medicina (ANM), Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y Assalud.
- f) **Coalición de actualización y cobertura (C)**: como coalición tuvo importancia únicamente dentro del CNSSS/CRES y formó parte de ella el representante de los trabajadores (RT), el representante de los profesionales de la salud (RPS), el representante departamental de salud (RDS) y algunos comisionados de la CRES.

6.4.2 El dominio del discurso de salud como factor económico

Como se puede deducir del capítulo 4, los debates sobre el POS se inscriben en la fundamentación ideológica neoliberal y en la aplicación de los principios neoclásicos de la economía sobre la reforma a la salud que tiene sus pilares en la Ley 100/93, la Ley 1122/07 y sus decretos reglamentarios, así como en las demás normas dentro de los cuales se enmarca su proceso de actualización. Es tan así, que para algunos autores (Hernández, 2010, pág. 36-37), a pesar que la Corte Constitucional en su Sentencia T-760/08 quiera anteponer la dignidad de las personas, el sistema siempre colocará por delante la capacidad de pago, razón que explica la tensión entre este mandato y la legislación en salud. Se tiene por lo tanto la primacía de un modelo de aseguramiento basado en la capacidad de pago de las personas y el predominio de las teorías neoclásicas de la economía aplicadas a la salud que promueve una nueva asignación de responsabilidades del Estado y el mercado. Esta situación fue posible gracias a la ausencia de una vivencia de ciudadanía social en el largo plazo, junto con un sistema político cerrado, al igual que cierta correlación de fuerzas en una coyuntura crítica.

A partir de una investigación sobre la normatividad y la jurisprudencia sobre el POS del régimen contributivo, Gañán (2010), concluye que, de acuerdo a su contenido, más que la libertad económica, la libre empresa y la libre competencia entre las EPS, se pretende la

sostenibilidad financiera y la protección del equilibrio económico del SGSSS.¹⁰² En efecto, según él, la estructuración de reglas y subreglas jurisprudenciales de requisitos, que pretenden el amparo de medicamentos, así como de procedimientos y actividades no contemplados en el POS, bajo la premisa de la necesidad de los mismos, incluyen claros filtros de decisión sobre el amparo solicitado. Estos aspectos terminan protegiendo al sistema y a las propias EPS e IPS.

El mencionado autor señala que pese a esta situación, la garantía del derecho a la salud y sus consecuentes servicios de salud,¹⁰³ no pueden ser estáticos e inmutables, y por consiguiente, tampoco puede serlo el POS. Establece que i) los principios de solidaridad, universalidad, integralidad y efectividad; ii) los principios y preceptos constitucionales de dignidad, igualdad real y material; iii) los principios de progresividad, accesibilidad y aceptabilidad y; iv) los principios de obligatoriedad y garantía por parte del Estado, implican que estos derechos y el POS como tal, no puedan ser inmutables ante las necesidades de protección del derecho a la salud en condiciones sociales cambiantes y bajo condicionantes específicos y reales. En este sentido, el POS tendría que ser revisado periódicamente, tal como lo consagra actualmente la Ley 1122/07.¹⁰⁴

Con relación a la libertad económica de las EPS, Gañán considera, según la normatividad vigente, que ésta se ve restringida por dos razones. La primera, por las sentencias y decisiones que amparan medicamentos, procedimientos, actividades y servicios por fuera del POS, toda vez que ordenan perentoriamente su reconocimiento y materialización. La segunda, por la sanción de poder recobrar al Fosyga únicamente la mitad de los gastos adicionales invertidos en el reconocimiento de amparos de tutela de medicamentos, procedimientos, actividades o servicios por fuera del POS, según la Ley 1122/07. En el primer caso, las EPS pueden repetir contra el Fosyga por los gastos incurridos, que, según

¹⁰² Algunas de las normas mencionadas por este autor que apuntan en este sentido son las siguientes: sentencias SU-480/97; M.P. Alejandro Martínez Caballero, SU-819/99, M.P. Álvaro Tafur Galvis; T-1276/01, M.P. Álvaro Tafur Galvis; T-900/02, M.P. Alfredo Beltrán Sierra; T-801/04, M.P. Alfredo Beltrán Sierra; T-060/06, M.P. Álvaro Tafur Galvis; T-443/07, M.P. Clara Inés Vargas Hernández; T-760/08, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa, entre otras (Gañán, 2010, pág. 179).

¹⁰³ Entendidos en un concepto más amplio de la seguridad social como un derecho irrenunciable a la calidad de vida y al bienestar personal y social y el derecho a la salud como un derecho constitucional fundamental a vida digna y con calidad (Gañán, 2010, pág. 179).

¹⁰⁴ Idem

varias sentencias de constitucionalidad y de nulidad, son una decisión jurídica adecuada de conservación del equilibrio financiero de las mismas. Este aspecto, siempre y cuando la recuperación de dichos dineros sea igualmente expedita y oportuna a fin de no desestabilizar el flujo y la liquidez económica de las mencionadas entidades.¹⁰⁵

En el segundo caso, la restricción tiene como fin la implementación de un mecanismo que prevenga y corrija las asimetrías e ineficiencias del sistema, al tiempo que permita la viabilidad financiera de los diferentes actores e impida la generación de barreras de acceso a la población con patologías de alto costo. En consecuencia, estas restricciones buscan la efectividad del SGSSS, así como su integralidad y sostenibilidad financiera, de forma que los medicamentos y demás servicios médicos o prestaciones de salud No POS prescritos por el médico tratante, de cualquiera de los regímenes, sean suministrados oportuna y eficazmente (Gañán, 2010, pág. 179-180).

No obstante, como dice el viejo adagio, la ley va por un lado, y la realidad por la otra. En 2011 (ya fuera del alcance del tiempo de la presente investigación), tuvo lugar uno de los mayores escándalos de corrupción que se haya conocido en el campo de la salud del país: 14 EPS¹⁰⁶ y el gremio que las representa, la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), fueron investigados por la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) por conductas presuntamente consideradas anticompetitivas. La SIC encontró que ACEMI,

[...] Conforme al acto de apertura, ha participado de manera activa en la concertación de las decisiones adoptadas por las EPS afiliadas a ella, impartiendo directrices respecto de la cobertura del POS y los conceptos que deben ser tenidos en cuenta al momento de suministrar información a los entes reguladores, [...] (Superintendencia de Industria y Comercio [SIC], 2011, pág. 44-45)

¹⁰⁵ Idem

¹⁰⁶ Son ellas: Colmédica (después Alianzalud), Coomeva, Salud Total, Famisanar, SOS, Susalud (después EPS y Medicina Prepagada Suramericana), Saludcoop, Cafesalud, Sánitas, Cruz Blanca, Humana Vivir, Compensar (después prosperar), Comfenalco Antioquia y Comfenalco Valle (El Tiempo, 02 de septiembre de 2011a).

Entre las conductas restrictivas de la competencia, la SIC señala el acuerdo para negar la prestación de los servicios de salud. En la imputación efectuada en la resolución de apertura de investigación señala que

[...] esta Delegatura encontró evidencia que apuntaba a señalar la unificación de criterios entre las EPS-C agremiadas en ACEMI, entorno a la negación de servicios incluidos en el POS, así como de los servicios de salud que debían considerarse POS y No POS, y, por lo tanto, este Despacho decidió investigar si las empresas, y la Asociación mencionadas en los numerales 6.1 y 6.2 violaron el numeral 8 del Artículo 5 del Decreto 1663 de 1994 y el artículo 4 del mismo decreto, respectivamente. (SIC, 2011, pág. 46).

Según informó El Tiempo (02 de septiembre de 2011a), la multa superaba los 16.000 millones de pesos a las 14 EPS del régimen contributivo y a ACEMI, como gremio que las representa. Cada una de ellas al igual que ACEMI, reciben una sanción por 1.071 millones de pesos, la máxima posible. La misma Resolución No. 46111, fija multa a algunos de sus representantes legales de esta EPS por valores entre 69,6 y 89,9 millones de pesos. Este aspecto fue objeto de noticia en los diferentes medios de comunicación del país y de debate político en el Congreso de la República.

Como se ha venido ilustrando, y los datos estadísticos lo describen, es explicable el predominio de la coalición económica, justificado unas veces por razones ideológicas neoliberales que inspiraron la Ley 100 y demás normas en la materia, otras veces por la fuerte creencia en la bondades de los principios microeconómicos aplicados tercamente a la salud, a pesar que incluso connotados economistas los hayan descartado. Como se ha podido observar, detrás de estos discursos también se esconden serios problemas de corrupción y clientelismo, que amparados en los actuales arreglos institucionales, hacen de la salud un gran negocio. Ya lo decía Poder, la guerra es por 30 billones de pesos, una suma de la que todos quieren participar.

A nivel estadístico se puede decir que en términos generales, el discurso de salud como factor económico es importante para todos los actores, mientras que salud como derecho solo lo es para el Congreso de la República, (especialmente para los miembros del Polo Democrático Alternativo y partido liberal), y para “otras organizaciones”. En el CNSSS/CRES las categorías de discursos dominantes son salud como factor económico,

inclusiones/exclusiones y, actualización/cobertura. El discurso sobre unificación/igualación se hace evidente en el CNSSS en la Sentencia T-760/08, en tanto que actualización/cobertura en la CRES en la Emergencia Social, ambos casos explicables por el mandato de la Corte Constitucional sobre estos temas. En el contexto de estas dos últimas coyunturas críticas, los debates en el Congreso de la República respecto al POS fueron bastante dispersos: en la Sentencia T-760/08 (dominó la categoría “otros”), y giraron alrededor del tema de inclusiones/exclusiones; y salud como factor económico, en la Emergencia Social. Las discusiones de la categoría “otras organizaciones” fueron suficientemente variadas: salud como factor económico en las cuatro coyunturas críticas, inclusiones/exclusiones y factor técnico/científico en la Ley 100/93, “otros” en la Ley 1122/07, perfil epidemiológico/Pos por patologías y unificación/igualación en la Sentencia T-760/08 y, salud como derecho y sanciones a los médicos en la Emergencia Social/09. De manera específica, la importancia de los diferentes discursos por actores en su orden fueron los siguientes:

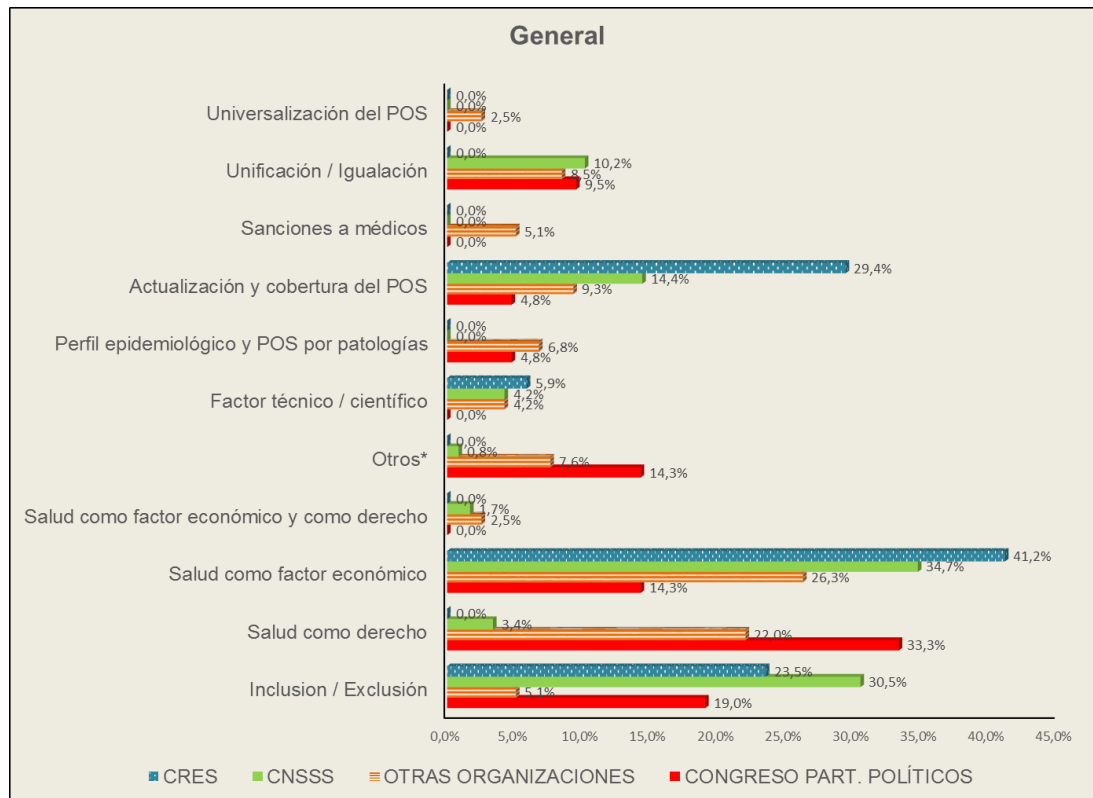
CNSSS: salud como factor económico (34,7%), inclusiones/exclusiones (30,5%) y, actualización y cobertura del POS (14,4%).

CRES: Salud como factor económico (41,2%), actualización y cobertura del POS (29,4%) e, inclusiones/exclusiones 23,5%).

Congreso de la República (Comisión Séptima)/partidos políticos: salud como derecho (33,3%), inclusiones/exclusiones (19,0%) y, salud como factor económico junto a otros, cada uno con 14,3%.

Otras organizaciones¹⁰⁷: Salud como factor económico (26,3%), salud como derecho (22,0%) y, actualización y cobertura del POS (9,3%). (Figura 6-1).

¹⁰⁷Otras organizaciones son los 71 actores externos al CNSSS/CRES, excepto Congreso de la República y partidos políticos, ilustrados en la tabla 3-4.

Figura 6-1 Clasificación de discursos de los actores: periodo general

6.5 La conformación de las coaliciones a partir de los discursos y la posición política

6.5.1 A manera de resumen

De acuerdo con Sabatier y Weible (2010, pág 217), desde sus inicios, un aspecto fundamental del MCP es que los diagramas de flujo que describen el subsistema de políticas y los factores exógenos siempre han representado las coaliciones promotoras como aquellas que incluyen i) creencias de políticas y, ii) recursos. No obstante, según los mismos autores, son mayores las investigaciones posteriores que se han centrado más en las primeras, y prácticamente ninguna lo ha hecho con la segunda. Dentro de la tipología de recursos de políticas relevantes que los participantes podrían usar en sus intentos de influir en las políticas públicas (algunas de las cuales se obtuvieron en el presente estudio), y que estos investigadores mencionan son:

- *Autoridad legal formal para tomar decisiones sobre políticas*: aquí el MCP toma en cuenta a los actores en posiciones de autoridad legal como miembros potenciales de las CP e incluye a muchos funcionarios de organismos, legisladores y ciertos jueces. Precisamente una de las características más destacadas de una coalición dominante como la de *salud como factor económico*, es la de tener más miembros en posiciones de autoridad formal que las coaliciones minoritarias. Sus estrategias consisten básicamente en colocar a los aliados en tales posiciones de autoridad legal a través de elecciones o designaciones políticas, al igual que promover campañas de lobby con el fin de persuadir a funcionarios con autoridad legal.

- *Opinión pública*: uno de los aspectos relevantes en este caso son las encuestas de opinión que revelan un apoyo a las posiciones políticas de una determinada coalición y que se convierten en un recurso fundamental para los participantes. De esta manera, es más probable que un público adepto elija partidarios de la coalición para cargos legislativos u otros cargos de autoridad legal. Ello con el fin de que contribuya a persuadir a los funcionarios electos en sus decisiones. Una de las estrategias importantes de las CP es la dedicación de un tiempo prolongado orientado a obtener el apoyo del público.

- *Información*: para una coalición puede ser importante aquella información que revela la gravedad y las causas de un problema, así como los costos y los beneficios de alternativas de políticas. Según Sabatier y Weible (2010, pág. 219), salvo que exista un empate, el MCP supone que el recurso a la información es utilizado por los participantes con el fin de ganar batallas políticas contra los adversarios. En estos casos, son variadas las estrategias del uso de la información, entre las cuales se pueden mencionar aquellas tendientes a reforzar la condición de miembro de la CP y debatir en contra de las posiciones políticas de sus adversarios. Igualmente puede resultar fundamental convencer a los gobernantes encargados de la toma de decisiones que apoyen las propuestas propias, así como usar la influencia en la opinión pública para tergiversar o distorsionar la información para reforzar sus argumentos.

- *Grupos movilizables*: en este caso el MCP asume que las élites políticas normalmente utilizan miembros del público atentos que comparten sus creencias con el fin de involucrarlos en actividades tales como campañas electorales, recaudación de fondos,

manifestaciones públicas, entre otras. De manera particular, las CP con recursos financieros mínimos, pueden ver en las masas movilizables un recurso poco costoso.

Recursos financieros: como es de suponer, el dinero puede utilizarse para obtener otros recursos, de forma tal que aquellas CP con amplios recursos financieros pueden generar fondos para investigación, así como organizar grupos de expertos (*think tanks*), para la producción de información. Igualmente pueden financiar candidatos bien dispuestos que les permita acceder a legisladores y políticos designados, lanzar campañas mediáticas para ganar apoyo ante el público y, promocionar sus posiciones políticas que les permita fortalecer aquellos activistas movilizables.

- *Liderazgo hábil:* los líderes hábiles puede generar una visión atractiva para una CP y utilizar los recursos de manera eficiente y estratégica, así como conseguir nuevos recursos para la misma. Este tipo de emprendedores hábiles son necesarios para provocar cambios concretos en las políticas, aún en el caso de que existan antecedentes o choques externos que ya predispongan al sistema político para tales cambios (Sabatier y Weible, 2010, pág. 217-219).

Con base en lo anterior, la presente investigación abordó el análisis de las CP, teniendo en cuenta los discursos, las posiciones políticas, los recursos y las razones, las cuales incluyen desde luego, las relaciones de trabajo y la coordinación entre ellas. Con fines prácticos, se describe primero los discursos de referencia de las respectivas coaliciones, y luego las posiciones políticas a través de las cuales apoyaban o hacían oposición a determinados temas de su interés. Estos dos aspectos se ilustran en los mapas perceptuales. En adelante los aspectos relacionados con los asuntos de apoyo u oposición de las respectivas CP, las razones, los recursos y las propuestas de las mismas se ilustran en las tablas cruzadas de análisis para cada ámbito de actuación (actores externos al CNSSS/CRES y actores del CNSSS/CRES). Como se verá a continuación, la conformación de las CP fue cambiando de una coyuntura crítica a otra, excepto la de salud como factor económico que se mantuvo constante todo el tiempo.

Se presenta entonces un resumen de las once coaliciones, y dentro de ellas, las más importantes de acuerdo a la tabla de sistema de valores y políticas del POS presentadas anteriormente (Tabla-6-1), los resultados obtenidos a nivel general (Tablas 6-2 y 6-3;

Figuras 6-2 y 6-3), y los obtenidos en términos de posición política, razones, recursos y propuestas (Tablas 6-4 a 6-8).

Ámbito de los actores externos al CNSSS/CRES: Las tres coaliciones resultantes a nivel general son: i) *salud como factor económico* (B), ii) *Salud como derecho* (G) y, iii) las coaliciones conformadas en la categoría de las demás (H).¹⁰⁸ La primera, es el discurso, la coalición y la posición política de apoyo más altamente definida,¹⁰⁹ aunque como coalición lo hace dentro de una alta homogeneidad¹¹⁰ entre ellas. La segunda, es altamente definida como oposición política. Por su parte, las coaliciones conformadas en la categoría de los demás (H), no tienen un discurso ni una posición política de apoyo definida. La coalición de inclusiones y exclusiones no tiene lugar en el ámbito de los actores externos al CNSSS/CRES, excepto durante la Ley 100/93.

Ámbito de los actores del CNSSS/CRES: Las cuatro coaliciones conformadas a nivel general son: i) salud como factor económico, ii) inclusiones y exclusiones, iii) actualización y cobertura y, iv) la denominada derecho y demás.¹¹¹ Como en el caso del ámbito externo al CNSSS/CRES, la coalición de salud como factor económico es también la más altamente definida. La coalición de inclusiones y exclusiones es, junto a la anterior, la única constante en las cuatro coyunturas críticas analizadas, aunque no tenga un discurso o una posición política claramente definidos.

¹⁰⁸ Restantes: son todas las coaliciones excepto: i) salud como factor económico y, ii) salud como derecho.

¹⁰⁹ Se entiende por “*altamente definidos*” aquellos discursos, coaliciones, posiciones políticas de apoyo/oposición que claramente se pueden diferenciar respecto a los demás y, por lo tanto, suelen reaccionar más fácilmente ante estímulos externos. Se localizan en los cuadrantes I y III del mapa perceptual (ambos valores positivos o ambos negativos para los ejes o dimensiones 1 y 2). Los que se encuentran en los cuadrantes II y IV, son “*medianamente definidos*”; mientras que aquellos que se encuentran cerca al origen de los dos ejes, son *nada definidos*.

¹¹⁰ Se entiende por alta homogeneidad o muy homogéneos aquellos discursos, coaliciones o posiciones políticas que difícilmente se pueden diferenciar unos de otros, y en el mapa perceptual se representan con tendencia a estar igualmente distribuidos.

¹¹¹ Derecho y demás: es el grupo conformado por todas las coaliciones excepto las de: i) inclusiones y exclusiones, ii) salud como factor económico y, iii) actualización y cobertura.

6.5.2 Los resultados estadísticos

La tabla 6-2 resume los datos presentados en los mapas perceptuales sobre la conformación de las diferentes coaliciones. (Figuras 6-2 y 6-3, Anexos C1 a C4, Anexos D1 a D4). En esta tabla se puede observar que no es posible hablar de unas coaliciones propiamente definidas, salvo en el caso de salud como factor económico (B) que se mantiene en el transcurso de las cuatro coyunturas críticas analizadas. Las demás, figuran de manera intermitente y responden a situaciones particulares dependiendo del ámbito de actuación y/o coyunturales. Se puede observar por ejemplo, que dentro del CNSSS/CRES, después de la coalición de salud como factor económico (B), las más constantes en su orden fueron las de inclusiones/exclusiones (A), salud como derecho y demás (D), actualización/cobertura (C), unificación/igualación (E) y, factor técnico/científico (F). En el caso de los actores externos al CNSSS/CRES, las coaliciones que secundan a la de salud como factor económico (B), son poco estables, y parecen responder más a los eventos presentados en cada una de las coyunturas críticas. El enfoque de la salud como derecho no consolidó una coalición propiamente dicha, excepto en el contexto de la Emergencia Social de 2009 (G) que sin embargo, fue bastante importante al punto que a nivel general aparece como una de las cuatro coaliciones. En las demás coyunturas críticas se observa formando una coalición junto a otros discursos: salud como derecho y demás (D), y salud como derecho y perfil epidemiológico (J). La coalición de unificación/igualación del POS (E), se hace evidente, especialmente durante la sentencia T-760/08, (aunque dentro del CNSSS lo hace desde la Ley 1122/07), asunto que no es de extrañar, pues está muy influenciada por el mandato de esta alta corporación en esta materia y el plazo perentorio otorgado para ello.

Tabla 6-2. Resumen conformación de coaliciones por coyunturas críticas según mapas perceptuales

ACTORES	PERIODOS	COALICIONES POR PERIODOS									
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Externos al CNSSS/CRES	General		■					■	■		
	Ley 100-93	■	■		■		■				
	Ley 1122-06		■		■					■	
	Sentencia T-760-08		■			■			■		■
	Emergencia Social -09		■					■	■		
CNSSS/CRES	General	■	■	■	■						
	Ley 100-93	■	■	■	■						
	Ley 1122-06	■	■		■	■					
	Sentencia T-760-08	■	■		■	■					
	Emergencia Social -09	■	■	■			■				

A	Inclusiones / exclusiones	E	Unificación e igualación del POS	I	Otros***
B	Salud como factor económico	F	Factor técnico científico	J	Salud como derecho y perfil epidemiológico
C	Actualización y cobertura	G	Salud como derecho		
D	Salud como derecho y demás*	H	Restantes**		

* Derecho y demás: es el grupo conformado por todas las coaliciones excepto las de: i) inclusiones y exclusiones, ii) salud como factor económico y, iii) actualización y cobertura.

** Restantes: son todas las coaliciones excepto: i) salud como factor económico y, ii) salud como derecho.

*** Otros: es la coalición correspondiente a la categoría del discurso "Otros"

Como se ilustra en la tabla 6-3, una vez identificados los respectivos discursos y coaliciones se pudo observar a través de los mapas perceptuales cuáles fueron los *altamente definidos*¹¹² por coyunturas críticas. El discurso y la coalición de salud como factor económico (B), son *altamente definidos* en las coyunturas críticas que van desde la Ley 1122/07 a la Emergencia Social/09, en el caso de los actores externos al CNSSS/CRES; y las leyes 100/93 y 1122/07, dentro del CNSSS/CRES. El factor técnico científico (F), fue *altamente definido* en el contexto de la Ley 100/93 en los actores

¹¹² Tal como se anotara en un pie de página previo, se entiende por "*altamente definidos*" aquellos discursos, coaliciones, posiciones políticas de apoyo/oposición que claramente se pueden diferenciar respecto a los demás y, por lo tanto, suelen reaccionar más fácilmente ante estímulos externos. Se localizan en los cuadrantes I y III del mapa perceptual (ambos valores positivos o ambos negativos para los ejes o dimensiones 1 y 2). Los que se encuentran en los cuadrantes II y IV, son "*medianamente definidos*"; mientras que aquellos que se encuentran cerca al origen de los dos ejes, son *nada definidos*.

externos, mientras que unificación/igualación (E), y actualización/cobertura (C) lo fueron en la Sentencia T-760/08 y Emergencia Social/09, respectivamente en el CNSSS/CRES. No obstante, la *definición* como tales se realizó dentro de unos discursos y coaliciones que varían desde muy homogéneos¹¹³ (sombreado moteado blanco), poco homogéneos¹¹⁴ (sombreado moteado gris oscuro) hasta heterogéneos¹¹⁵ (sombreado moteado gris claro).

Las posiciones políticas de apoyo u oposición se fijaron siempre dentro de un marco más heterogéneo de tal forma que fue posible identificar los *altamente definidos*, y aunque casi todas las coaliciones figuran por lo menos en alguna coyuntura crítica, la de salud como factor económico (B) tiene mayor predominio cuando se trata de apoyar algunos aspectos. Este hecho especialmente a partir de la Ley 1122/07 hasta la Emergencia Social/09, particularmente en el CNSSS/CRES. En este último ámbito de actuación, y por las mismas coyunturas críticas, siempre marcó diferencia con las demás coaliciones, y aún más con la de unificación/igualación (E).

¹¹³ Como se dijo en un pie de página anterior, se entiende por muy homogéneos aquellos discursos, coaliciones o posiciones políticas que difícilmente se pueden diferenciar unos de otros, y en el mapa perceptual se representan con tendencia a estar igualmente distribuidos.

¹¹⁴ Se entiende por poco homogéneos aquellos discursos, coaliciones o posiciones políticas que medianamente se pueden diferenciar unos de otros, y en el mapa perceptual se representan con tendencia a estar algo concentrados en áreas específicas.

¹¹⁵ Se entiende por heterogéneos aquellos discursos, coaliciones o posiciones políticas que fácilmente se pueden diferenciar unos de otros, y en el mapa perceptual se representan con tendencia a estar bastante concentrados en ciertas áreas.

Tabla 6-3. Resumen mapas perceptuales: discursos, coaliciones, y posiciones políticas altamente definidos, por actores y coyunturas críticas

Discursos, coaliciones y posiciones políticas altamente definidos* según mapas perceptuales (actores y periodos)						
Actores	Discurso, coalición, posición política	Periodo				
		General	Ley 100/93	Ley 1122/07	Sentencia T-760/08	Emergencia Social/09
Externos al CNSSS/ CRES	Discurso	B	F ¹	B	B	B ²
	Coalición	B	F	B	B	B ³
	Apoyo	B	F	I	J	H
	Oposición	G	F	-	E,J	H
CNSSS/ CRES	Discurso	B	B	B ⁴	E ⁵	C
	Coalición	B	B	B	E ⁶	C
	Apoyo	C	A	A/B ⁷	B	B,E
	Oposición	B	D	B,E ⁸	E	-
	Altamente definido dentro de unos discursos/coaliciones muy homogéneos (con tendencia a estar igualmente distribuidos en el mapa perceptual).					
	Altamente definido dentro de unos discursos/coaliciones poco homogéneos (con tendencia a estar algo concentrados en áreas específicas del mapa perceptual).					
	Altamente definido dentro de unos discursos/coaliciones heterogéneos (con tendencia a estar bastante concentrados en ciertas áreas del mapa perceptual).					

(1) B vs A, D, F:

Aunque el discurso altamente definido es factor técnico/científico (F), los de inclusiones/exclusiones (A), y salud como derecho y demás (D), son sus más cercanos que salud como factor económico (B).

(5) B vs A, D, E:

Aunque el discurso de unificación/igualación del POS (E) es altamente definido, los de inclusiones/exclusiones (A), y salud como derecho y demás (D) son sus más cercanos, que el de salud como factor económico.

(2) G vs B, H:

Aunque salud como factor económico (B) es el discurso altamente definido, la categoría "restantes" (H), es su más cercana, que salud como derecho (G).

(6) B vs A, D, E:

Aunque la coalición de unificación/igualación del POS (E) es altamente definida, las de inclusiones/exclusiones (A), y salud como derecho y demás (D) son sus más cercanas, que la de salud como factor económico.

(3) G vs B:

Aunque la coalición salud como factor económico (B) es altamente definida, salud como derecho (G) es la más distanciada de ella.

(7) A/B:

Cada una de las coaliciones inclusiones/exclusiones (A) y salud como factor económico (B), tiene sus posiciones políticas de apoyo altamente definidas, y al encontrarse en cuadrantes opuestos (III y I, respectivamente) y bastante distanciadas, significa que sus posiciones son igualmente muy diferentes.

(4) A vs B, D, E:

Aunque salud como factor económico (B) es el discurso altamente definido, los de salud como derecho y demás (D), y unificación/igualación del POS (E) son sus más cercanos que inclusiones/exclusiones (A).

(8) B, E:

Cada una de las coaliciones salud como factor económico (B), y unificación/igualación del POS (E), tienen sus posiciones políticas de "oposición" altamente definidas, pero al encontrarse en el mismo cuadrante I del mapa perceptual y muy cercanos significa que son más semejantes en los aspectos de oposición.

* Se entiende por "altamente definidos" aquellos discursos, coaliciones, posiciones políticas de apoyo/oposición que claramente se pueden diferenciar respecto a los demás y, por lo tanto, suelen reaccionar más fácilmente ante estímulos externos. Se localizan en los cuadrantes I y III del mapa perceptual (ambos valores positivos o ambos negativos para los ejes o dimensiones 1 y 2). Los que se encuentran en los cuadrantes II y IV, son "medianamente definidos"; mientras que aquellos que se encuentran cerca al origen de los dos ejes, son *nada definidos*.

Actores externos al CNSSS/CRES

Periodo General

De la figura 6-2 se puede observar que salud como factor económico (B), es el discurso, la coalición y la posición política de apoyo altamente definida, aunque como coalición lo hace dentro de una alta homogeneidad entre ellas. Salud como derecho (G), es altamente definida como oposición política. Por su parte, el grupo conformado por los demás discursos (H), no tienen una posición política de apoyo definida, aunque en el de oposición se diferencian de salud como derecho (G) y salud como factor económico (B).

Coyuntura crítica Ley 100/93

Durante esta coyuntura crítica el discurso, la coalición y las posiciones políticas de apoyo/oposición del factor técnico/científico (F) son altamente definidos; sin embargo, como discurso está más cerca de inclusiones/exclusiones (A) y derecho y demás (D), que de salud como factor económico (B). Estas últimas tres coaliciones son medianamente definibles con relación a sus respectivas posiciones políticas de apoyo/oposición por lo que se pueden establecer algunas diferencias entre ellas en esta materia (Anexo C-1).

Coyuntura crítica Ley 1122/07

En este caso, hay una marcada diferencia entre los tres tipos de discursos y coaliciones Salud como factor económico (B) (que es el altamente definido), otros (I) y, los nueve restantes (incluido salud como derecho) (D), situación que se mantiene en la posición política de apoyo (Anexo C-2).

Coyuntura crítica Sentencia T-760/08

Aunque en esta coyuntura crítica tanto los discursos como las coaliciones tienden a ser homogéneos puede observarse sin embargo, que el discurso de salud como factor económico (B) es el altamente definido, aunque respecto a la posición política de apoyo/oposición son más definidas las de inclusiones/exclusiones (E) y salud como derecho/perfil epidemiológico (J) (Anexo C-3).

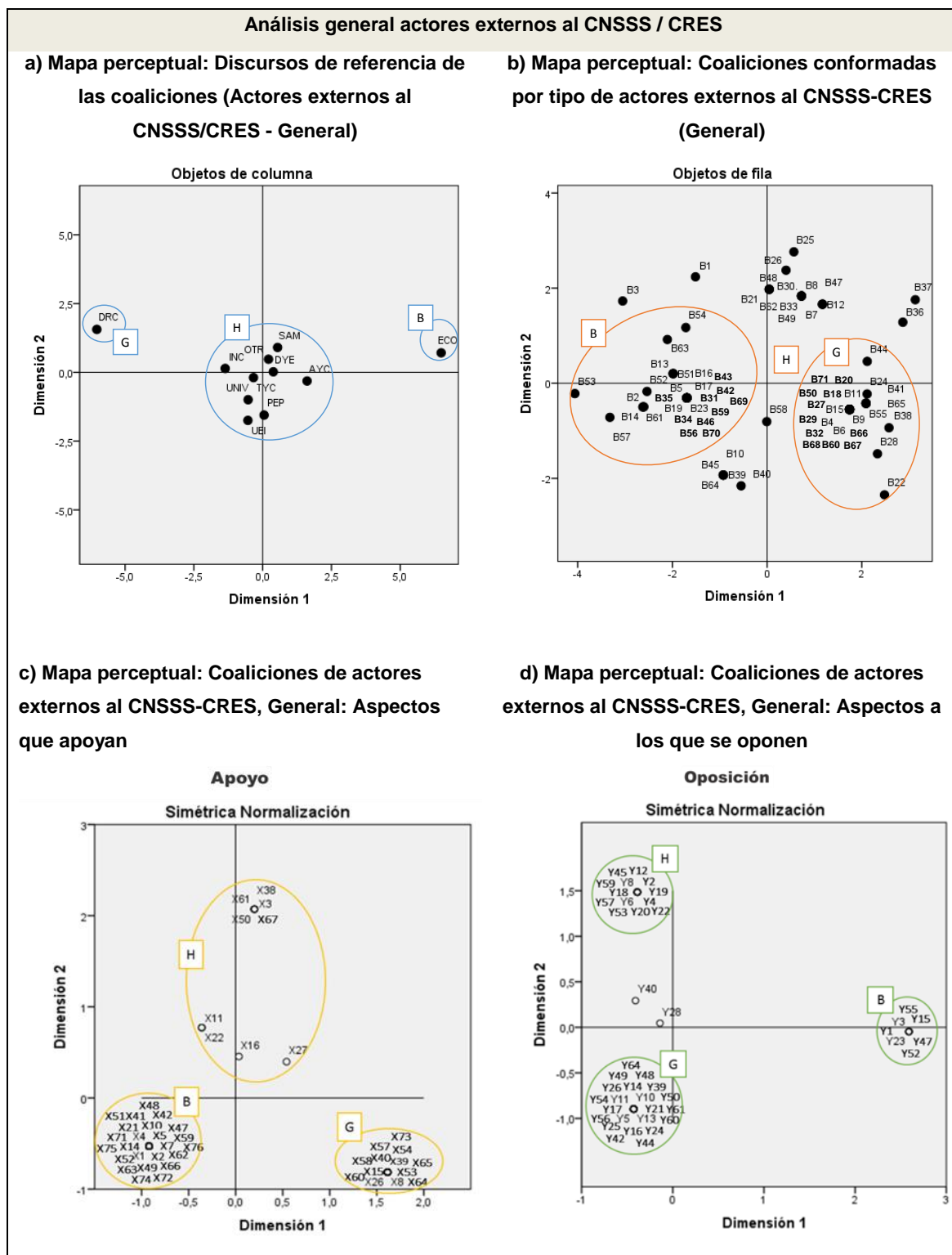
Coyuntura crítica Emergencia social de 2009

En este contexto la coalición de salud como factor económico (B) es altamente definida y se diferencia marcadamente de salud como derecho (G), aunque esta última sea medianamente definida. La coalición de las restantes (H) no tienen una posición definida,

tal como se deduce de su dispersión por gran parte del mapa perceptual, aunque como discurso está más cerca de salud como factor económico (B), y a la hora de fijar una posición política de apoyo u oposición, es la única que está altamente definida (Anexo C-4).

GENERAL

Figura 6-2 Mapas perceptuales: Análisis general de actores externos al CNSSS/CRES



Interpretación de mapas perceptuales por actores del CNSSS/CRES y por coyunturas críticas

Periodo general

Durante esta coyuntura crítica el discurso, la coalición y la posición política de oposición de salud como factor económico (B) son altamente definidas, aunque la coalición se conformó dentro de un ambiente bastante homogéneo. La coalición de actualización/cobertura (C) es altamente definida con relación a la posición política de apoyo. Las posiciones políticas de apoyo/oposición de salud como derecho y demás (D), son medianamente definibles respecto a las demás (Figura 6-3).

Coyuntura crítica Ley 100/93

En esta coyuntura crítica se presenta una situación muy similar que a nivel general, pues salud como factor económico (B), es el discurso y la coalición altamente definible, pero lo hace dentro de un ambiente bastante homogéneo. La posición política de apoyo es altamente definida para la coalición de inclusiones/exclusiones (A), y la de oposición, para salud como derecho y demás (D) (Anexo D-1).

Coyuntura crítica Ley 1122/07

En este caso, el discurso, la coalición y la posición política de apoyo/oposición de salud como factor económico es altamente definible, aspecto este último en el que también la acompaña las coaliciones de inclusiones/exclusiones (A) y unificación/igualación (E). En la posición política de apoyo, la coalición de salud como factor económico (B), es notablemente opuesta a la de inclusiones/exclusiones (A), mientras que en la de oposición es similar a la de unificación/igualación (E) (Anexo D-2).

Coyuntura crítica Sentencia T-760

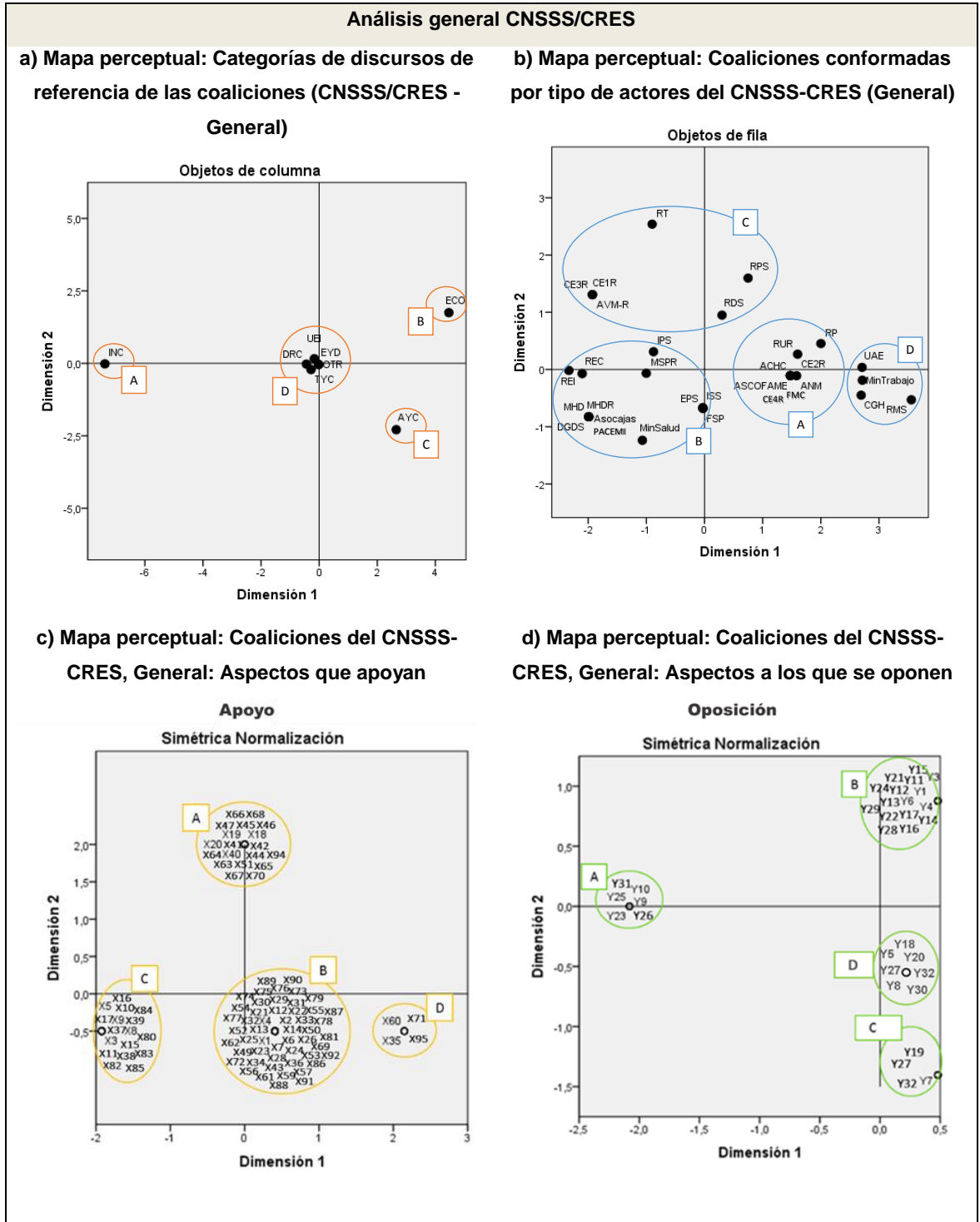
En este caso, el discurso, la coalición y la posición política de oposición de unificación/igualación (E), son altamente definibles, en tanto que salud como factor económico (B), es altamente definible con relación a la posición de apoyo. Esta última coalición es más lejana a unificación/igualación (E), inclusiones/exclusiones(A), y derecho y demás (D) (Anexo D-3).

Coyuntura crítica Emergencia social

Durante esta coyuntura crítica los más definibles son el discurso y la coalición de actualización/cobertura (C), así como la posición política de apoyo de salud como factor económico (B) y unificación/igualación (E). Estas dos últimas, no necesariamente contradictorias (Anexo D-4).

GENERAL

Figura 6-3 Mapas perceptuales: Análisis general CNSSS / CRES



Actores externos aspectos de apoyo

Periodo general

A nivel general las tres coaliciones de los actores externos al CNSSS/CRES, se diferencian respecto a los aspectos de *apoyo* de la siguiente manera (Tabla 6-4):

Para la coalición de salud como factor económico (B), entre los aspectos fundamentales que apoya están la sostenibilidad financiera del sistema de salud, asegurar los recursos económicos para los subsidios a la oferta a los entes territoriales, un POS diferencial dependiendo del diagnóstico situacional y, algunos estudios como los de COLCIENCIAS¹¹⁶ sobre la actualización del POS. Igualmente apoya la declaratoria de la Emergencia Social e incorporación de los recursos necesarios para el salvamento financiero de la salud, apoya especialmente los decretos 128¹¹⁷ (régimen de prestaciones excepcionales en

¹¹⁶ Se trata de la Convocatoria 469 de COLCIENCIAS abierta el 04 de agosto de 2008 (cerrada el 01 de octubre del mismo año), para la elaboración de una guía metodológica para el desarrollo de guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Tenía como objeto “*Elaborar y validar una guía metodológica con los siguientes componentes: guía para el desarrollo, actualización y evaluación de guías de práctica clínica (GPC) basadas en la evidencia; guía para conducir y reportar evaluaciones económicas de guías clínicas en el contexto colombiano y lineamientos técnicos para la elaboración de estudios sobre el impacto de la aplicación de una GPC en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y la Unidad de Pago por Capitación (UPC) contributiva y subsidiada. Esta guía metodológica orientará la realización de GPC, estudios económicos y financieros necesarios para el ajuste de los planes de beneficios POS - C y POS - S en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano*” (Colciencias, Convocatoria 469. Disponible en: [http://www.colciencias.gov.co/convocatoria/convocatoria-para-la-elaboracion-de-una-gu-metodologica-para-el-desarrollo-de-gu-de-pr-](http://www.colciencias.gov.co/convocatoria/convocatoria-para-la-elaboracion-de-una-guia-metodologica-para-el-desarrollo-de-gu-de-pr-).

¹¹⁷ El Decreto 128 cambiaba el nombre a los servicios no POS por el de "prestaciones excepcionales en salud", entendiéndose por ellas las prestaciones como servicios de salud extraordinarios, que deberían ser autorizados por un comité técnico, que también creaba la norma. Hasta el momento estos servicios, a los que acceden los pacientes vía tutela, son cubiertos por el sistema de salud. El mismo decreto establecía que dichas "prestaciones excepcionales" deberían ser financiadas, total o parcialmente, por los afiliados que las solicitaran, previo análisis de sus ingresos y de su patrimonio individual y familiar. Consideraba también la posibilidad de que los pacientes sin solvencia económica pagaran los servicios médicos con cesantías, ahorros pensionales e incluso con préstamos bancarios. Para los casos de ciudadanos que carecieran por completo de recursos, se creaba un fondo específico (el Fondo de Prestación Excepcional en Salud Fonprés), que subsidiaría dichos gastos. Sin embargo, el decreto dejaba sentado que éste sólo cubriría dichos gastos hasta que la plata del Fondo alcance (El tiempo, Puntos clave de los 10 decretos de la Emergencia Social. <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7019867>).

Salud) y 131¹¹⁸ de la emergencia social, así como la priorización del nuevo POS en el contexto de la expedición de tales decretos.

La coalición de salud como derecho (G), opta por apoyar los asuntos relacionados con la unificación del POS, la ampliación de la afiliación del régimen contributivo, la inclusión dentro del proyecto de Ley 122 de 2006 del Polo el derecho fundamental a la seguridad social en salud y la integralidad del sistema. También apoya el avance de la Corte Constitucional en materia de universalización, el cubrimiento de todo tipo de patologías y la no fragmentación del POS, así como el pronunciamiento de la Corte Constitucional y, la declaración de inexecutable del Decreto 4975 de 2009 (declaratoria de la Emergencia Social).

La coalición de los restantes (H), apoya los temas relacionados con la Igualación, revisión y crecimiento progresivo de los beneficios del POS; el cumplimiento de las órdenes emitidas por la Corte Constitucional y trabajar en función del derecho a la salud. De la misma manera, apoya una reforma de fondo del sistema de salud, al igual que los mecanismos que permitan garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de salud por parte de los decretos de emergencia social y la adopción de un POS por patologías.

¹¹⁸ El Decreto 131 creaba el sistema técnico científico en salud, cuya finalidad era la producción de conocimiento para la prestación del servicio público de salud en condiciones estandarizadas. Lo compondría los ministerios de la Protección Social, Hacienda, Colciencias y tres profesionales de la investigación en economía en salud. Esta norma redefinía el concepto de Plan Obligatorio de Salud (POS), como el conjunto esencial de servicios para la atención de cualquier condición de salud, establecidos de manera precisa con criterios de tipo técnico y con participación ciudadana, a que tendría derecho todo afiliado al sistema de salud en caso de necesitarlo. Daba mayor importancia a la prevención de la enfermedad y la atención de baja complejidad en medicina y odontología general. Sólo admitiría el manejo especializado de condiciones de salud cuando se contara con evidencia científica y de costo efectividad que así lo aconsejara. Se privilegiaban las necesidades colectivas sobre las individuales. El POS de los colombianos tendría un listado taxativo de intervenciones, medicamentos procedimientos e insumos. Sólo habrían referentes basados en evidencia médica. Dicho POS debería ser actualizado teniendo en cuenta el avance de la ciencia y las condiciones económicas y financieras del país. Sería actualizado una vez al año por la Comisión de Regulación en Salud (CRES, ya desaparecida). Los médicos podían ser sancionados con multas entre los 10 y los 50 salarios mínimos mensuales cuando se apartaran de los estándares definidos en dicho POS, y ocasionen daños al sistema general de seguridad social en salud (El tiempo, Puntos clave de los 10 decretos de la Emergencia Social. <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7019867>).

Otras coaliciones optaron por las posiciones de apoyo de la siguiente manera (Anexos E-1 A E-4): para salud como derecho y demás (D), durante la Ley 100/93 era fundamental mantener el POS como estaba y ampliar cobertura y la prevención como eje básico del POS; mientras que en la Ley 1122/07 optaba por la reestructuración, unificación, integralidad y universalización del POS; la ampliación de la afiliación al régimen contributivo, la inclusión dentro del proyecto de Ley 122 de 2006 del Polo Democrático del derecho fundamental a la seguridad social a la salud y la integralidad del sistema. Las coaliciones de factor técnico/científico (F), salud como derecho y perfil epidemiológico (J) y, otros (I); apoyan respectivamente, la revisión del POS, un POS diferencial dependiendo del diagnóstico situacional y, el proyecto de Ley 038 de 2006, Senado que dio origen a la CRES.

Tabla 6-4 Coaliciones de actores externos al CNSSS-CRES, General: Aspectos de apoyo / oposición

Coalición / aspectos de apoyo			Código*	Nombre del grupo de aspectos de apoyo / oposición	Código*	Coalición / aspectos de oposición		
B	G	H				B	G	H
Para Xn						Para Yn		
1,2,4,5,7,10,14,16,21	8, 15	3, 11, 22	XEa	Sobre Actualización del POS	YEa	3, 15	5, 10, 11, 13, 14, 16, 17	2, 4, 6, 8, 12, 18, 19, 20
27, 41, 42, 47, 48, 49, 51, 52, 59	26, 39, 40, 533, 54, 57, 58, 60	38, 50	XEb	Acuerdos, Artículos o Proyectos de Ley	YEb	23, 47, 52	6, 21, 24, 25, 26, 39, 42, 44, 48, 50	22, 45
62		61	XEc	Predominancia de la sostenibilidad financiera del sistema de salud	YEc			53
63	64		XEd	Obtención y aseguramiento de recursos para la prestación de servicios de salud	YEd	55	54	
	65		XEe	Universalidad e integralidad	YEe		56	
66			XEf	Reconocimiento de la salud como derecho				
		67	XEg	POS por patologías	YEG			57, 59
71			XEH	Sanciones a los médicos	YEH		60	
				Incumplimiento y violación a los derechos de la Salud	YEI		61	
				Sobre la EPS	YEJ	1	64	
72, 74, 75, 76	73		XEk	Otros temas**				

Apoyo:

B

i) Sostenibilidad financiera del sistema de salud, declaratoria de la Emergencia Social e incorporación de los recursos necesarios para el salvamento financiero de la salud, apoyo especialmente a los decretos 128 [reg. Prest. Excep. en Salud] y 131 de la emergencia social, ii) asegurar recursos económicos para los subsidios a la oferta a los entes territoriales, iii) POS diferencial dependiendo del diagnóstico situacional, iv) estudio que hará Colciencias y, v) priorización del nuevo POS.

G

i) Unificación del POS, ii) ampliar la afiliación del régimen contributivo, iii) incluir dentro del proyecto de Ley 122 de 2006 del Polo el derecho fundamental a la seguridad social en salud y la Integralidad del Sistema, iv) al avance de la Corte Constitucional en materia de universalización, el cubrimiento de todo tipo de patologías y la no fragmentación del POS, v) al pronunciamiento de la Corte Constitucional y, vi) declarar inexecutable el Decreto 4975 de 2009 (declaratoria de la Emergencia Social).

H

i) Igualación, revisión y crecimiento progresivo de los beneficios del POS, ii) cumplimiento de las órdenes emitidas por la Corte Constitucional y trabajar en función del derecho a la salud, iii) a una reforma de fondo del sistema de salud, iv) a los mecanismos que permitan garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de salud por parte de los decretos de emergencia social y v) al POS por patologías.

Oposición:

B

i) Algunos aspectos de la Sentencia T-760-08, ii) forma en como el Ministerio de la Protección Social consultó sobre cuál tipo de servicios podrían o no quedar incluidos dentro del POS y iii) que el asegurador sea obligado a pagar cosas que estén por fuera del POS.

G

i) Exclusiones y reducción del POS a la población más pobre, ii) Listado de medicamentos del POS propuesto por el CNSSS, la CRES (artículo 39, capítulo I del Acuerdo 03/09) y para pacientes con enfermedades crónicas y/o severas, iii) falta de regulación de medicamentos No-POS, iv) la exclusión de tratamientos, medicaciones o exámenes de laboratorio necesarios, v) igualar el POS por lo bajo, vi) artículo 188 [de los pagos moderadores] del Proyecto de Ley 155 Senado, 204 Cámara, 1992, vii) al incumplimiento parcial de la orden de la Sentencia T-760/08, viii) al Proyecto de Ley 155 Senado, 204 Cámara, 1992, ix) Decreto 4975 (declaratoria de emergencia social), x) proyecto de Acto Legislativo 011 de 2006 y xi) Ley 100/93 en general.

H

i) Reducción del POS contributivo hacia abajo para sacarle el cuerpo a la sentencia de la Corte Constitucional, ii) instituir un POS para pobres por el incumplimiento de la igualación en 2001, iii) lista de medicamentos del POS, iv) que la evaluación del POS se haga pocas veces en comparación con la UPC, v) ley de alto costo por ser poco concertada, vi) la forma como el gobierno pretende cumplir la Sentencia T-760 vii) predominancia de los aspectos económicos de la salud y viii) elaboración del POS por patologías.

* Cada letra minúscula agrupa a su vez varios códigos de apoyo/oposición

*** Otros temas son: convocatoria a movilizaciones sociales masivas.

Con relación a los aspectos de *oposición* también presentan las siguientes diferencias (Tabla 6-4):

La coalición de salud como factor económico (B), se opone a que el asegurador sea obligado a pagar cosas que estén por fuera del POS, algunos aspectos de la Sentencia T-760-08 y, la forma como el Ministerio de la Protección Social consultó sobre el tipo de servicios que podrían o no quedar incluidos dentro del POS.

La coalición de salud como derecho (G), se opone básicamente a las exclusiones y reducciones del POS para la población más pobre, al listado de medicamentos del POS propuesto inicialmente por el CNSSS y posteriormente por la CRES (artículo 39, capítulo I del Acuerdo 03/09) y para pacientes con enfermedades crónicas y/o severas. De igual forma, se opone a la falta de regulación de medicamentos No-POS, a la exclusión de tratamientos, de medicaciones o de exámenes de laboratorio necesarios y; a la igualación del POS por lo bajo. En materia legal, se opone al artículo 188 (pagos moderadores) del Proyecto de Ley 155 Senado, 204 Cámara, 1992; a la Ley 100/93 en general; al proyecto de Acto Legislativo 011 de 2006; al cumplimiento parcial de la orden de la Sentencia T-760/08 y; al Decreto 4975 (declaratoria de emergencia social).

La coalición de los restantes (H), se opone a la reducción del POS contributivo hacia abajo para sacarle el cuerpo a la sentencia T-760/08 de la Corte Constitucional, a instituir un POS para pobres por el incumplimiento de la igualación en 2001 y, a la lista de medicamentos del POS. También se opone al hecho de que la evaluación del POS se haga pocas veces en comparación con la Unidad de Pago por Capitación (UPC), a la ley de alto costo por ser poco concertada, a la forma como el gobierno pretendió cumplir la Sentencia T-760, a la predominancia de los aspectos económicos de la salud y, a la elaboración del POS por patologías.

Otras coaliciones que manifestaron algunos tipos de *oposición* fueron las siguientes (Anexos E-1 A E-4): durante la Ley 100/93 la de inclusiones/exclusiones (A), se opone al listado de medicamentos del POS propuesto por el CNSSS para pacientes con enfermedades crónicas y severas; la coalición de salud como derecho y demás (D), al predominio de los aspectos económicos de la salud y a la escasa revisión del POS, aspecto que compartió con la coalición de factor técnico/científico (F). La coalición de

unificación/igualación (E), se opone a la forma como el gobierno nacional pretende cumplir la Sentencia T-760/08; en tanto que la de salud como derecho y perfil epidemiológico (J), se muestra contraria a la reducción del POS para los más pobres, al listado de medicamentos propuesto por la CRES (Acuerdo 03/09), a la segmentación por tipos de POS, por coberturas geográficas y, acceso a la No POS.

CNSSS/CRES: Aspectos de apoyo

En términos generales las cuatro coaliciones del CNSSS/CRES presentan las siguientes posiciones de apoyo (Tabla 6-5):

La coalición de inclusiones/exclusiones (A), apoya aspectos puntuales sin mayores reparos de inclusiones, actualizaciones y revisiones tales como la prostectomía, las cataratas, las enfermedades diarreicas, las infecciones oportunistas, los anticonceptivos y la vasectomía.

La coalición de salud como factor económico (B), presenta un apoyo condicionado al tema de inclusiones y actualizaciones según límites económicos del Estado, la sostenibilidad financiera del sistema, la revisión de la evidencia científica y la literatura internacional. Entre los diferentes casos se pueden mencionar los tratamientos y los medicamentos como la eritropoyetina, el lopinavir, el ritonavir o los anticonceptivos, entre otros. Consideran que no todo lo ordenado por tutelas o por ser nuevas tecnologías debe incluirse.

La coalición de actualización/cobertura (C), apoya el cumplimiento de lo ordenado en el Decreto 1650/77 sobre MAPIPOS, la Sentencia T-760 sobre consulta ciudadana y sociedad científica, así como la actualización del POS del régimen subsidiado y el POS del régimen contributivo. Algunos ejemplos de lo que apoyan tienen que ver con las intervenciones quirúrgicas excepto las estéticas. También aceptan sujetarse a los cuatro criterios para la actualización del POS como son el estudio demográfico, el perfil epidemiológico, la tecnología apropiada y disponible, así como la disponibilidad de los recursos.

La coalición de salud como derecho y demás (D), apoya el incremento progresivo del POS, especialmente para poblaciones con alto nivel de NBI y municipios con menos de 15 mil habitantes, al igual que aumentar nuevos productos en el POS sin aumentar la UPC.

Otras coaliciones que manifiestan algún tipo de apoyo son (Anexos F-1 a F-4): durante la Ley 1122/07 y la Sentencia T-760/08 la coalición de unificación/igualación del POS (E), como su nombre lo indica, apoya la unificación del POS y la actualización del MAPIPOS, la unificación del POS de forma progresiva, al igual que la consideración de los aspectos éticos y políticos en el CNSSS sobre la actualización del POS. En el contexto de la Emergencia Social/09, la coalición de factor técnico/científico (F), apoya la determinación del tipo de POS que requiere el país, dependiendo de sus verdaderas necesidades, siendo coherente con el concepto de atención primaria en salud.

Con relación a la situación de *oposición* se tiene el siguiente resultado (Tabla 6-5):

La coalición de inclusiones/exclusiones (A), se opone a considerar solo los aspectos económicos en la inclusión de medicamentos, a la medicina alternativa por el riesgo, a las EPS y a los pacientes y, a la falta de información de las EPS a los usuarios sobre la efectividad real de ciertos procedimientos, como por ejemplo, la vasectomía. También se manifiesta contraria a la aplicación del SISBEN por las dificultades que crea para una rápida cobertura.

La coalición de salud como factor económico (B), se opone a la inclusión de antirretrovirales en el manual de medicamentos y terapéutica, mientras no se sustente en el concepto de costo-efectividad, ya que podría dejar de lado muchas enfermedades que pueden requerir atención como la diarrea. Es igualmente reacia al manejo de los recursos (reaseguro) a nivel del Ministerio de Salud ya que crearía costos adicionales y trabas a la gestión. Se opone también al incremento de las coberturas del POS subsidiado sin que se analice la posibilidad de incrementar la UPC, lo cual consideran lesivo para las administradoras y, a la inclusión de innovaciones tecnológicas antes de que se hayan probado en los países desarrollados.

La coalición de actualización/cobertura (C), se opone a la falta de claridad sobre la convergencia de los dos POS, al atraso en la actualización del POS en su unificación y, a la falta de información a los usuarios del servicio de salud.

La coalición de salud como derecho y demás (D), se opone a los engaños de las EPS prepagadas al ofrecer los paquetes complementarios, demeritando el POS; a que las EPS,

IPS y profesionales de la salud continúen trabajando con procedimientos inadecuados y leyes de hace más de diez años, en aras de que el sistema no se desequilibre. De la misma manera, se muestran contrarios a la disparidad entre avances médicos y jurídicos en procedimientos como la interrupción del embarazo; a que los aportes para financiar el régimen subsidiado del POS provengan de los pobres; al aumento de costos para los pacientes cuando se supere la protección ofrecida y, a la tramitomanía interpuesta por las EPS a los pacientes.

Otra coalición como la de unificación/igualación (E), en la Ley 1122/07 y la Sentencia T-760/08 se opone a la falta de claridad sobre lo que está y no está incluido en el POS, generando situaciones en las que no hay suficiente transparencia, y se presta a continuos debates entre los diferentes actores (Anexos F-1 a F-4).

Tabla 6-5 Coaliciones del CNSSS-CRES, General: Aspectos de apoyo / oposición

Coalición / aspectos de apoyo				Código*	Nombre del grupo de aspectos de Apoyo / Oposición	Código*	Coalición / aspectos de oposición			
A	B	C	D				A	B	C	D
Para Xn							Para Yn			
51, 68	1, 49, 50, 61, 69, 75		71	XCa	Actualización, unificación, revisión y universalización	YCa			19,27,32	
	2			XCb	Asignar facultades a lo concejos territoriales					
	4			XCc	Garantizar la prestación de los servicios de enfermedades de alto costo					
	21, 26, 77			XCd	Sostenibilidad del sistema	YCd	25	1		
16, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 63, 65, 66, 67	29, 31, 34,36, 52, 53, 54, 55, 57, 61	5, 8, 10, 37	35, 60	XCe	Inclusión de medicamentos, tratamientos, intervenciones quirúrgicas, tecnologías	YCe	25	12, 13, 17, 21, 28, 29		
					Falta de acceso a la información	Y Cf	31	6	7	
	23			X Cg	Fondos de garantía de la salud					
	22, 43			XCh	EPS/ARS	YCh				8, 18
	24			XCi	Propuesta de operativizar el regimen subsidiado					
	25, 33, 79			X Cj	Fijación de la UPC POS-C y POS-S	Y Cj	10	3		
	6, 12, 76	3, 15	48	X Ck	Cobertura del POS	Y Ck	25			
					Financiación del regimen subsidiado	Y Cl				20
19, 70	14, 56	11		X Cm	Conformación de comisiones-comités					
		16, 17		X Cn	Incorporación de representantes en comité					
	62			X Co	Promoción y prevención	Y Co		11		
20, 64, 68	7, 28, 30, 31, 59, 72, 73	9, 38, 39, 80		X Cp	Sentencias, leyes, artículos y acuerdos del CNSSS	Y Cp		15, 16, 22, 28		27
	13			X Cq	Trasplantes					
	57, 75			X Cr	Manejo de los recursos, presupuesto	Y Cr		1, 14		
					Sistema de medicamentos genericos	Y Cs	25			
					Sisben	Y Ct	9			
47	32			X Cu	Procedimiento de aspiración al vacío	Y Cu				
	78			X Cv	Recobros en el sistema de salud	Y Cv		4		
51				X Cw	Medios de comunicación					
	28			X Cy	Otros**	Y Cy				5,30,32
	86, 87, 90	82, 83, 84	95	X Ra	Actualización, unificación, revisión y universalización del POS					
	89			X Rf	Falta de acceso a la información					
	89			X Rj	Fijación de la UPC POS-C y POS-S					
94	81, 91	82, 85		X Rp	Sentencias, leyes, artículos y acuerdos del					
	92			X Rr	Manejo de los recursos, presupuesto					
	88			X Rz	Puebas pilotos					

Apoyo:	
A	Aspectos puntuales sin mayores reparos de inclusión, actualización, revisión: prosectomía, cataratas, enfermedades diarreicas, infecciones oportunistas, anticonceptivos y vasectomía
B	Apoyo condicionado, según límites económicos del Estado, sostenibilidad financiera del sistema, revisión de la evidencia científica y literatura internacional. Ejemplo: tratamientos y medicamentos como eritropoyetina, lopinavir, ritonavir o anticonceptivos, etc. No todo lo ordenado por tutelas o por ser nuevas tecnologías debe incluirse.
C	Cumplir lo ordenado en Decreto 1650 sobre MAPIPOS a Sentencia T-760 sobre consulta ciudadana y sociedad científica, así como actualización POS-S y POS-R. Ejemplo: intervenciones quirúrgicas excepto las estéticas. Sujetarse a los cuatro criterios para la actualización del POS: estudio demográfico, perfil epidemiológico, tecnología apropiada/disponible y disponibilidad de recursos.
D	Incremento progresivo del POS especialmente para poblaciones con alto nivel de NBI y municipios con menos de 15 mil habitantes y aumentar nuevos productos en el POS sin aumentar la UPC.

Oposición:	
A	i) Considerar solo los aspectos económicos en la inclusión de medicamentos, ii) a la medicina alternativa por el riesgo a las EPS y pacientes, iii) a la falta de información a las EPS a los usuarios sobre la efectividad real de ciertos procedimientos, por ejemplo, vasectomía y, iv) a la aplicación del SISBEN por las dificultades que crea para la rápida cobertura.
B	i) la inclusión de antirretrovirales en el manual de medicamentos y terapéutica, mientras no se sustente en el concepto de costo-efectividad, ya que podría dejar de lado muchas enfermedades que pueden requerir atención como la diarrea, ii) al manejo de los recursos (reaseguro) a nivel del Ministerio de Salud que crearía costos adicionales y trabas a la gestión, iii) a incrementar las coberturas, del POS-S sin que se analice la posibilidad de incrementar la UPC, lo cual es lesivo para las administradoras y iv) a la inclusión de innovaciones tecnológicas antes de que se hayan probado en los países desarrollados.
C	i) la falta de claridad sobre la convergencia de los dos POS, ii) atraso en la actualización del POS, en su unificación, y iii) a la falta de información a los usuarios del servicio de salud.
D	i) engaños de las EPS prepagadas al ofrecer los paquetes complementarios, demeritando el POS, ii) a que EPS, IPS, profesionales en aras de que el sistema no se desequilibre, se continúe trabajando con leyes de hace más de 10 años, con procedimientos anticuados, iii) a la disparidad entre avances médicos y jurídicos, en procedimientos como la interrupción del embarazo, iv) a que los aportes para financiar el régimen subsidiado del POS provengan de los pobres y, v) el aumento de costos para los pacientes, cuando se supere la protección ofrecida vi) la tramitomanía interpuesta por las EPS a los pacientes

* Cada letra minúscula agrupa a su vez varios códigos de apoyo/oposición.

***Otros son: Fallo de la corte que implica resultados más benéficos en términos de gastos en salud, especialmente por el control sobre abortos clandestinos.

Razones de apoyo/oposición: actores externos

En general, las razones de la posición política de apoyo u oposición muestra una mayor diferencia entre la coalición de salud como factor económico (B) frente a aquellas en las que la salud como derecho está implicada: salud como derecho (G), y salud como derecho y demás (D). De acuerdo a la tabla 6-6, la coalición de salud como factor económico es la que más razones de apoyo presenta con un 50,7%, seguida de salud como derecho (G) con el 26,1% y restantes (H) con el 23,2%. Entre las principales razones de apoyo presentadas por la coalición de salud como factor económico, exceptuando la categoría no sabe/no responde, están la sostenibilidad financiera del sistema (22,9%), el mejoramiento de la cobertura del POS (8,2%) y la universalidad/equidad (5,7%). Por su parte, la coalición de salud como derecho es la que más razones de oposición presenta con un 53%, seguida por restantes con el 32,8% y salud como factor económico con el 13,8%. Entre las razones más destacadas de oposición de la coalición de salud como derecho figura los problemas relacionados con su reconocimiento (22,6%), y con excepción de la categoría no sabe/no responde, le sigue el tema de los medicamentos, la falta de respaldo a los mandatos de la Corte Constitucional sobre la especificación de lo POS y no POS, así como la afectación a los usuarios por la mala prestación de los servicios de salud con el 9,7% cada una. Para la coalición de restantes (H), la principal razón de oposición es la restricción de la ética médica y la sanción económica a los médicos con el 21,1%, aspecto que se hizo presente especialmente durante la declaratoria de la Emergencia Social entre 2009 y 2010 cuando fue declarada inexecutable por la Corte Constitucional.

La primacía de las razones de apoyo de carácter financiero de la coalición de salud como factor económico domina con un amplio margen durante la Ley 100/93 con el 71,4% y la Sentencia T-760/08 con el 60,0%. Sin embargo, durante la Emergencia Social, después de la categoría no sabe/no responde (46,2%), manifiesta con un valor del 15,4% el cumplimiento de órdenes, leyes, sentencias y decretos, muchas de ellas relacionadas con coberturas del POS. Esta última, es una de las principales razones de oposición de la coalición de salud como derecho (D), especialmente durante la Ley 100/93 (14,3%), junto a otras como los problemas relacionados con ciencia y tecnología (14,3%) y cobertura del POS (14,3%). En la misma Ley 100/93, la coalición de factor técnico/científico (F), que ocupa el tercer lugar con el 13,3%, después de salud como factor económico (46,7%) y salud como derecho y demás (40,0%), sus razones de apoyo se dividen entre los avances

de ciencia, tecnología y sistemas de salud, por una parte; y por la otra, sobre las necesidades de la población, cada una con el 50%. (Anexos G-1 a G-4).

Tabla 6-6 Razones interpuestas por coaliciones: actores externos al CNSSS-CRES (General)

RAZONES INTERPUESTAS POR COALICIONES: ACTORES EXTERNOS AL CNSSS-CRES (GENERAL)										
Coalición / razones de apoyo			% del total de las coaliciones de apoyo	Código*	Nombre del grupo de razones de apoyo (soluciones a) / oposición (por problemas relacionados con)	Código*	Coalición / razones de oposición			% del total de las coaliciones de oposición
B: Salud como factor económico	G: Salud como derecho	H: Restantes**					B: Salud como factor económico	G: Salud como derecho	H: Restantes**	
31,4%	44,4%	25,0%	33,3%	NS / NR	NS / NR	NS / NR	25,0%	19,4%	26,3%	22,4%
2,9%	0,0%	6,3%	2,9%	rEa	Cobertura por perfil epidemiológico, carga de enfermedad y patologías	rEa	12,5%	0,0%	5,3%	3,4%
0,0%	5,6%	6,3%	2,9%	rEb	Avances en ciencia, tecnología y sistema de salud	rEb	0,0%	0,0%	5,3%	1,7%
2,9%	0,0%	12,5%	4,3%	rEc	Necesidades de la población	rEc	0,0%	3,2%	5,3%	3,4%
22,9%	0,0%	0,0%	11,6%	rEd	Sostenibilidad del sistema: costo-beneficio	rEd	12,5%	0,0%	0,0%	1,7%
2,9%	0,0%	0,0%	1,4%	rEe	Medicamentos	rEe	0,0%	9,7%	5,3%	6,9%
8,6%	0,0%	6,3%	5,8%	rEf	Mejoramiento de la cobertura del POS	rEf	0,0%	0,0%	5,3%	1,7%
5,7%	11,1%	6,3%	7,2%	rEg	Universalidad y equidad	rEg	12,5%	3,2%	0,0%	3,4%
0,0%	0,0%	6,3%	1,4%	rEh	Cambios en el sistema de salud	rEh	0,0%	3,2%	0,0%	1,7%
2,9%	5,6%	0,0%	2,9%	rEi	Tutelas, tramitomanía y tiempos de espera (resolver)					
0,0%	22,2%	0,0%	5,8%	rEj	Derecho a la salud y beneficios para los colombianos	rEj	0,0%	22,6%	0,0%	12,1%
2,9%	0,0%	6,3%	2,9%	rEk	Crisis del sistema de salud	rEk	12,5%	3,2%	0,0%	3,4%
					Enfermedades de alto costo	rEl	0,0%	6,5%	0,0%	3,4%
2,9%	0,0%	6,3%	2,9%	rEm	Regulación del derecho a la salud					
5,7%	11,1%	0,0%	5,8%	rEn	Cumplimiento de órdenes, leyes, sentencias, decretos	rEn	12,5%	0,0%	10,5%	5,2%
0,0%	0,0%	6,3%	1,4%	rEo	Respaldo a la corte const: especificación del POSy no POS	rEo	12,5%	9,7%	5,3%	8,6%
0,0%	0,0%	12,5%	2,9%	rEp	Respaldo a la corte const: sobre igualdad del POS	rEp	0,0%	3,2%	5,3%	3,4%
2,9%	0,0%	0,0%	1,4%	rEq	Recobros por medicamentos no POS	rEq	0,0%	3,2%	0,0%	1,7%
					Afecta la calidad de los servicios de salud	rEr	0,0%	9,7%	5,3%	6,9%
					Restricción de la ética médica y sanción económica a los médicos	rEs	0,0%	0,0%	21,1%	6,9%
5,7%	0,0%	0,0%	2,9%	rEt	Otras razones***	rEt	0,0%	3,2%	0,0%	1,7%
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	% del total de razones por coalición			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
50,7%	26,1%	23,2%	100,0%	% del total de razones			13,8%	53,4%	32,8%	100,0%
N=69							N=58			

* Cada letra minúscula agrupa a su vez varios códigos de razones de apoyo/oposición.

*** Otras razones son: i) la diversidad étnica, multicultural, multiregional y climática de Colombia y, ii) el rechazo al Ministerio de Salud y la Protección Social por el incumplimiento de la Sentencia T-760/08 argumentando falta de recursos.

6.6 Los recursos y las propuestas de las coaliciones

Recursos y propuestas actores externos

Según se puede apreciar en la tabla 6-7, en materia de recursos interpuestos y propuestas, las coaliciones de salud como factor económico (B) y salud como derecho (G), ocupan los

primeros dos lugares seguidos por la coalición de los restantes (H). La opinión pública es el recurso más utilizado con el 66,7%, seguido por debates en el Congreso de la República con el 12,8% y comunicados de prensa y denuncias públicas con el 3,5%. Dentro de las propuestas, la de carácter financiero es la más importante con el 25,5%, seguida por la de inclusiones/exclusiones con el 19,7% (exceptuando la categoría no sabe/no responde que tiene el 20,2%), y de carácter normativo con el 8,5%. Con excepción de las coaliciones de salud como factor económico (B) y salud como derecho (G), para quienes las propuestas de carácter financiero son las más importantes, aunque con diferente ponderación (33,3% y 21,3%, respectivamente), para la coalición de los restantes (H), después de la categoría no sabe/no responde (26,5%), la más importante es la de inclusiones, exclusiones, unificación e igualación del POS con el 20,4%. Para la coalición de factor técnico/científico (F) en el contexto de la Ley 100/93 el recurso más utilizado es la opinión pública con el 100%, y la propuesta más recurrente tiene que ver con el tema que le da su nombre con el 60,0%. En la Sentencia T-760/08 y la Emergencia Social/09, la coalición de los restantes (H), igualmente utiliza como principal recurso la opinión pública (100% y 90%, respectivamente), y sus dos principales propuestas tiene que ver con los aspectos financieros; e inclusiones, exclusiones, unificación e igualación para las dos coyunturas críticas en mención. Para esta misma coalición las propuestas relacionadas con el aspecto técnico-científico, y conformación de mediadores de política (que aporten estudios técnicos), son la tercera más importante en la Sentencia T-760/08 y la Emergencia Social/09, respectivamente (Anexos H-1 a H-4).

Tabla 6-7 Recursos / Propuestas interpuestas por coaliciones: actores externos al CNSSS-CRES (General)

RECURSOS / PROPUESTAS INTERPUESTAS POR COALICIONES: ACTORES EXTERNOS AL CNSSS-CRES (GENERAL)					
Código*	Nombre del grupo	Coaliciones			% del total de las coaliciones
		B: Salud como factor económico	G: Salud como derecho	H: Restantes **	
RECURSOS					
NS / NR	NS / NR	2,0%	0,0%	2,7%	1,4%
REb	Participación debate en el congreso	4,1%	29,1%	0,0%	12,8%
REc	Opinión pública	69,4%	52,7%	83,8%	66,7%
REd	Basado en conceptos y estudios no propios, circulares y leyes	0,0%	1,8%	5,4%	2,1%
REe	Presentación de estudios e informes de investigación propios	2,0%	0,0%	2,7%	1,4%
REf	Uso de facultades legales (MinProtección)	2,0%	0,0%	0,0%	0,7%
REg	Formulación y gestión de proyectos de ley	2,0%	1,8%	0,0%	1,4%
REh	Comunicados de prensa y denuncias públicas	4,1%	5,5%	0,0%	3,5%
REi	Expedir decretos y sentencias	4,1%	1,8%	0,0%	2,1%
REj	Emisión de documentos y cartas	2,0%	3,6%	2,7%	2,8%
REk	Publicaciones	2,0%	0,0%	0,0%	0,7%
REl	Presentar peticiones	2,0%	1,8%	0,0%	1,4%
REm	Movilizaciónes sociales	0,0%	1,8%	0,0%	0,7%
REn	Otros recursos***	4,1%	0,0%	2,7%	2,1%
% del total de recursos por coalición		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% del total de recursos		36,0%	40,4%	27,2%	103,7%
PROPUESTAS					
NS / NR	NS / NR	12,8%	24,6%	26,5%	20,2%
PEa	De carácter financiero	33,3%	21,3%	18,4%	25,5%
PEb	Inclusión exclusión / unificación y actualización	19,2%	19,7%	20,4%	19,7%
PEc	Campañas médicas / capacitación	2,6%	0,0%	2,0%	1,6%
PEd	Conform. De mediadores / estudios técnicos	3,8%	1,6%	8,2%	4,3%
PEe	Frente a quejas a las eps/ars	3,8%	1,6%	0,0%	2,1%
PEf	Garantías del servicio	3,8%	6,6%	0,0%	3,7%
PEg	De carácter normativo	6,4%	16,4%	2,0%	8,5%
PEh	Otras propuestas***	3,8%	3,3%	6,1%	4,3%
PEi	Cobertura del POS	3,8%	3,3%	0,0%	2,7%
PEj	Técnico científico	2,6%	1,6%	12,2%	4,8%
PEl	De tipo administrativo	2,6%	0,0%	0,0%	1,1%
PEm	Perfil epidemiológico según necesidades de la población	1,3%	0,0%	4,1%	1,6%
% del total de las propuestas por coalición		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% del total de propuestas		57,4%	44,9%	36,0%	138,2%
N=136					

* Cada letra minúscula agrupa a su vez varios códigos de recursos/propuestas.

*** Otros recursos son: i) participación en foros sobre sistema de salud y, ii) presentación de observaciones y propuestas sobre consulta participativa de la ciudadanía sobre criterios de inclusión/exclusión del POS.

*** Otras propuestas son: i) relacionadas con el sistema de aseguramiento, ii) prioridades relacionadas con el trauma por violencia y enfermedades crónicas donde el tratamiento médico es eficiente e indispensable, iii) el sostenimiento del POS requiere visión integral sobre los regímenes contributivo y subsidiado, y su dinámica de largo plazo, iv) discutir las reales necesidades de medicamentos biológicos de última generación frente a medicamentos básicos.

Recursos y propuestas actores del CNSSS/CRES

De acuerdo a lo descrito en la tabla 6-8, después de la categoría no sabe/no responde que ocupa el primer lugar en todas las coyunturas críticas, los recursos más utilizados por todas las coaliciones son, en términos generales, estudios, análisis e informes de investigación propios con el 12,9%; los basados en conceptos y estudios no propios, circulares y leyes con el 8,5% y; las solicitudes de carácter legal con el 4,3%. Las propuestas de mayor importancia son las de carácter financiero con el 25,3%; las de inclusiones, exclusiones, unificación e igualación con el 17,6% y; la conformación de mediadores de política (que aporten conceptos respaldados en estudios técnicos financieros o epidemiológicos entre otros), con el 12,4%. La coalición que más recursos y propuestas interpone es la de salud como factor económico (B), con el 57,9% y el 74,4%, respectivamente. Los recursos más utilizados por esta coalición son estudios, análisis e informes de investigación propios con el 16,9%; los basados en conceptos y; estudios no propios, circulares y leyes con el 10,4%. Las propuestas más destacadas son las de tipo financiero con el 31,3%, inclusiones, exclusiones, unificación e igualación con el 14,1% y; conformación de mediadores de política con el 12,1%. La propuesta de tipo financiero también es más importante para la coalición de actualización/cobertura (C) con el 30,0%, mientras que para salud como derecho y demás (D), es la relacionada con el tema de las inclusiones, exclusiones, unificación e igualación del POS con el 27,3%. La coalición de inclusiones/exclusiones (A), además de utilizar como recurso los estudios, análisis e informes de investigación propios con el 7,1%, también acude a consejeros y asesores de investigación con el 10,7%. Entre sus propuestas figura principalmente las de inclusión, exclusión, unificación e igualación con el 26,7%, y la de tipo financiero, así como la de conformación de mediadores de política con el 10,0% cada una.

Según la coyuntura del momento, la composición de las coaliciones dentro del CNSSS/CRES ha tenido algunas variaciones, excepto salud como factor económico (B) e, inclusiones/exclusiones (A) que han permanecido durante las cuatro coyunturas críticas. Salud como derecho y demás (D), tiene presencia en todas las coyunturas críticas menos en el contexto de la Emergencia Social/09, cuando figuran las relacionadas con actualización/cobertura (C) y factor técnico/científico (F). La coalición de unificación/igualación (E), hace su aparición durante la Ley 1122/07 y la Sentencia T-760/08. Con motivo de lo ordenado por la Corte Constitucional, las propuestas de estas dos últimas coaliciones son las de inclusiones, exclusiones, unificación e igualación con

cerca del 50% de importancia, y para el caso de la coalición de actualización/cobertura (C), adicionalmente en la Emergencia Social/09, también es fundamental las de tipo financiero con el 50%, cuando dicha labor fue realizada por la CRES (Anexos I-1 a I-4).

Tabla 6-8 Recursos/Propuestas interpuestas por coaliciones: CNSSS-CRES (General)

RECURSOS / PROPUESTAS INTERPUESTAS POR COALICIONES: CNSSS-CRES (GENERAL)						
Código*	Nombre del grupo	Coaliciones				% del total de las coaliciones
		A: Inclusiones / Exclusiones	B: Salud como factor económico	C: Actualización y cobertura	D: Salud como derecho y demás**	
RECURSOS						
NS / NR	NS / NR	78,6%	53,2%	56,5%	45,5%	58,3%
RCa	Estudios, análisis e informes de investigación propios	7,1%	16,9%	4,3%	18,2%	12,9%
RCb	Basado en conceptos y estudios no propios, circulares y leyes	0,0%	10,4%	13,0%	9,1%	8,6%
RCc	Emisión de documentos	0,0%	1,3%	4,3%	0,0%	1,4%
RCd	Acudir a mediador de conflictos	0,0%	0,0%	4,3%	0,0%	0,7%
RCe	Solicitudes de carácter legal	0,0%	5,2%	4,3%	9,1%	4,3%
RCf	Presentar peticiones	0,0%	2,6%	0,0%	0,0%	1,4%
RCg	Consejeros y asesores de investigación	10,7%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%
RCh	Utilización de medios electrónicos y bases de datos	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	0,7%
RCi	Solicitud cumplimiento sentencia t-760 (progresividad del POS)	0,0%	3,9%	0,0%	0,0%	2,2%
RRa	Estudios, análisis e informes de investigación propios -CRES-	0,0%	2,6%	8,7%	9,1%	3,6%
RRb	Basado en conceptos y estudios no propios, circulares y leyes -CRES-	0,0%	2,6%	0,0%	9,1%	2,2%
RRh	Utilización de medios electrónicos y bases de datos -CRES-	3,6%	0,0%	4,3%	0,0%	1,4%
% del total de recursos por coalición		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% del total de los recursos		21,1%	57,9%	17,3%	8,3%	104,5%
PROPUESTAS						
NS / NR	NS / NR	13,3%	5,1%	0,0%	9,1%	5,9%
PCa	De carácter financiero	10,0%	31,3%	30,0%	,0%	25,3%
PCb	Inclusión / exclusión y unificación / actualización	26,7%	14,1%	16,7%	27,3%	17,6%
PCc	Campañas médicas / capacitación	6,7%	2,0%	3,3%	,0%	2,9%
PCd	Confor. De mediadores / estudios técnicos	10,0%	12,1%	20,0%	,0%	12,4%
PCe	Frente a quejas a las EPS y a las ARS	0,0%	1,0%	0,0%	18,2%	1,8%
PCf	Garantías al servicio	3,3%	4,0%	3,3%	9,1%	4,1%
PCg	De carácter normativo	6,7%	8,1%	3,3%	,0%	6,5%
PCh	Otras propuestas***	6,7%	1,0%	0,0%	9,1%	2,4%
PCi	Cobertura del POS	0,0%	0,0%	3,3%	9,1%	1,2%
PCj	Técnicos científico	6,7%	4,0%	6,7%	,0%	4,7%
PCK	Competencias del consejo	3,3%	3,0%	0,0%	,0%	2,4%
PCI	De tipo administrativo	0,0%	2,0%	0,0%	,0%	1,2%
PRa	De carácter financiero -CRES-	0,0%	4,0%	3,3%	9,1%	3,5%
PRb	Inclusión / exclusión y unificación / actualización -CRES-	3,3%	4,0%	6,7%	9,1%	4,7%
PRd	Confor. De mediadores / estudios técnicos -CRES-	3,3%	2,0%	0,0%	,0%	1,8%
PRg	De carácter normativo -CRES-	0,0%	2,0%	3,3%	,0%	1,8%
% del total de las propuestas por coalición		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% del total de las propuestas		22,6%	74,4%	22,6%	8,3%	127,8%
N=133						

* Cada letra minúscula agrupa a su vez varios códigos de recursos/propuestas.

*** Otras propuestas son: i) aprobar incrementos para el régimen contributivo siempre y cuando se haga lo mismo con el régimen subsidiado y, ii) que el CNSSS elabore un plan de corto y largo plazo sobre actualización del POS para dejarle un trabajo avanzado a la CRES.

7 Régimen político y proceso de decisión del POS

Como bien lo plantea Roth (2007, pág. 206), uno de los objetivos fundamentales del análisis de las políticas públicas es el aporte al conocimiento acerca del Estado o del régimen político como tal. Según Hernández (2002, pág. 29) el Estado, como los sujetos, se construye en el conflicto entre las diferentes fuerzas sociales. Estos conflictos a su vez, son el producto de la relación entre los diversos órdenes posibles construidos, imaginados y vividos por variadas formas de organización de las colectividades humanas. Para este investigador, se trata de conflictos normativos, sustentados en relaciones sociales, en medio de los cuales se construyen culturas políticas,¹¹⁹ entendidas éstas últimas como un conjunto de estructuras simbólicas y prácticas sociales a través de las cuales se ejerce el poder.

En este sentido, el análisis del subsistema de política del POS, permitió una aproximación al conocimiento de la interrelación entre el Estado, las instituciones y la sociedad a nivel más general.

¹¹⁹ Para algunos autores el concepto de cultura política no resulta del todo claro, especialmente con relación a los estudios de América Latina, ya que se ha construido en el marco de grandes paradigmas como el marxismo, el funcionalismo o la lingüística, pero sin que ninguna disciplina lo haya delimitado claramente como un objeto de investigación (Krotz, 1996, pág. 16). Para otros, a pesar de la ambigüedad e imprecisión que pueda comportar este concepto, tiene sin embargo, una gran capacidad explicativa de interlocución y retroalimentación teórica (Gutiérrez, 2002, pág. 39-40). Desde una concepción antropológica, Krotz entiende la cultura política como aquella referida a los universos simbólicos relacionados con el ejercicio y las estructuras de poder (Varela, 2002, pág. 77). Para González (2002, pág. 151-152), la cultura política desde la perspectiva de la psicología social mexicana estaría asociada a un conjunto de valores, conductas y actitudes que conforman el marco de participación política en el que el ciudadano define y redefine su comportamiento, modula sus percepciones de poder y sus relaciones sociales. Algunos estudios de caso con la aplicación de este concepto se pueden ver en Alonso (2002), Carbó (2002) y Sánchez (2002).

7.1 El papel de los organismos internacionales en las políticas de salud

Sintetizando varios estudios, Hernández M, et.al (2002, pág. 328), considera que las reformas de los sistemas de salud y de seguridad social no pueden ser entendidos sin la consolidación de la crítica neoliberal al Estado de Bienestar en los años 90. Los ejes de la reforma estructural de los estados nacionales, que para entonces, se consideraba indiscutible, giraron alrededor de aspectos tales como la apertura de las economías, el control de la inflación, la disminución de la intervención estatal, la flexibilización del mercado laboral para abaratar los costos de la mano de obra, y las reformas de los sistemas de protección social. De esta manera, las propuestas del Banco Mundial (BM), de base neoliberal en lo ideológico y neoclásico en lo económico, cristalizaron en políticas, así como en modelos de organización institucional y financiera, las cuales acompañaban los procesos de negociación de los nuevos créditos. Igualmente, se pasó de las medidas de ajuste fiscal a las políticas sociales de tercera generación. Desde esta perspectiva, el BM impulsó una propuesta de reforma de los Estados al igual que de las relaciones entre éstos, el mercado y los ciudadanos. Se evidenció el paso de un Estado desmercantilizador a uno mercantilizador en lo social que implicó una tendencia a la sustitución del Estado social, basado en las titularidades sociolaborales, por un Estado disciplinador sobre la base de la titularidades económico financieras.

El cambio en el liderazgo internacional de las políticas sociales tanto a nivel general como a nivel de la salud (respecto a sus aspectos económicos), se inició con la presentación de la “Agenda para la reforma” del BM de 1987, sobre los sistemas de financiamiento de los servicios de salud. Respecto a éste último, los salubristas y planificadores de los organismos tradicionales encargados de las reformas sanitarias empezaron a tener menor incidencia en este proceso, con relación a los economistas de la salud de las agencias financieras multilaterales como el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI). Este aspecto se hizo más evidente en el informe “Invertir en salud” del BM de 1993, al tiempo que se dio a conocer el debate mundial sobre el nuevo modelo para el financiamiento de los servicios de salud (Hernández M, et.al, 2002, Pág. 323).

7.2 Contexto sociopolítico de la adopción de la Ley 100 de 1993

A comienzo de los años 90 Colombia experimentó dos hechos importantes: i) la apertura económica y, ii) la reforma constitucional. En el primer caso, según Misas (2002, pág. 215-216), en términos económicos, la administración Gaviria se empeñó en sacar adelante los postulados del Consenso de Washington, y en tal sentido, sus ideólogos y funcionarios aplicaron mecánicamente las fórmulas del discurso neoliberal sin tener en cuenta los efectos negativos que estas medidas generarían sobre algunos sectores de la economía, como la agricultura. En este último caso, aunque el gobierno reversó gran parte de las medidas, se desconocieron las experiencias negativas que muchas de estas políticas de desindustrialización habían ocasionado en los países que las habían aplicado previamente como Argentina y Chile, o por los problemas de privatización de la seguridad social en éste último. De la misma manera, ignoraron incluso las discusiones teóricas que en el interior del propio discurso neoliberal atenuaban algunas posiciones originales, tales como el rechazo a contraponer el Estado y el mercado, o la reivindicación del papel de las instituciones. Para este investigador, los ejes centrales del discurso, detrás de la política económica eran la lucha contra la inflación , así como la negativa a financiar monetariamente el déficit fiscal, en cuyo propósito se estructuró el conjunto de la política económica, al igual que se iniciaron profundas reformas institucionales. De forma paralela, se fue generando un proceso de transformación en términos sociales y políticos. La Asamblea Nacional Constituyente (ANC), convocada por el gobierno nacional expide la nueva Constitución Política en 1991, en la cual, según Misas, se amplían de forma considerable los derechos económicos, sociales y políticos de la población al tiempo que se profundiza el proceso de descentralización. Por lo mismo, también se comprometen las finanzas públicas con la política de transferencias que no era coherente con las capacidades de recaudo.

La administración Samper por una parte, heredó una dinámica de gasto público, sustentado en la nueva constitución política incompatible con la tendencia real de los ingresos, y por otra parte, el desastre económico ocasionado por las decisiones del equipo económico anterior. A este hecho se sumaban las denuncias sobre la financiación de su campaña (Misas, 2002, pág. 218).

En el segundo caso, y tal como lo plantea Uribe (2009, pág. 124), aunque la nueva Constitución política significó un avance en el reconocimiento de los derechos sociales, económicos y culturales, no se resolvió sin embargo, la crisis política exacerbada desde finales de la década de los 80. Durante esta coyuntura crítica hubo un aumento de las acciones de los grupos armados como las Fuerzas Armadas Revolucionarias (FARC) y el Ejército de Liberación Nacional (ELN), así como de los paramilitares, quienes no formaron parte de los acuerdos constitucionales. Los problemas del narcotráfico continuaron y se incrementaron los crímenes, como se puede evidenciar en el número de víctimas, las cuales llegaron a sumar 260.690 entre 1990 y 1999. De la misma manera, se crearon las condiciones para que nuevos partidos políticos, así como movimientos sociales se integraran a la vida política, pero al mismo tiempo, los grupos tradicionales establecieron nuevas alianzas para preservar el poder.

Con relación a la salud, esta investigadora considera que las directrices neoliberales se orientaron a la búsqueda de mecanismos de mercado bajo cuya lógica se creó el SGSSS en 1993. Su estructura inició un conjunto de cambios institucionales y presupuestales, al igual que una nueva dinámica en la correlación de fuerzas entre los diferentes actores que lo conformaban. La justificación para estas decisiones se basó en las críticas al sector salud por su centralismo, baja cobertura, problemas financieros y fragmentación de los servicios (Uribe, 2009, pág. 124).

De acuerdo con Vega (2010, pág. 152-153), a partir de las leyes 10/90 y 50/90¹²⁰ y los decretos de modernización del Estado, se abrió paso a la transformación fundamental de la protección social al reorganizar y descentralizar el entonces Sistema Nacional de Salud (SNS), e incluir modificaciones en el régimen laboral y la seguridad social, junto a la apertura con sus aspectos privatizadores y de mercantilización de lo social. Durante los debates en la Asamblea Nacional Constituyente se evidenciaron las permanencias de hegemonías políticas de las fuerzas tradicionales y la tecnocracia que se manifestaron en la adopción de la seguridad social y la salud como un servicio público y no como un

¹²⁰ Ley 50 de 1990, "Por la cual se introducen reformas al Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones".

derecho. Este aspecto, abrió paso a las reformas neoliberales plasmadas sistemáticamente en la Ley 100/93.

Para el anterior investigador, a nivel normativo, a tal propósito contribuyeron los 64 decretos expedidos por el gobierno del Presidente Cesar Gaviria con el slogan de la Revolución pacífica, dentro de las cuales se incluía un conjunto de metas para estructurar el sector salud bajo los principios de eficiencia, participación social e integración. En el mismo sentido, se consideró a la seguridad social que adoptaba criterios de equidad y distribución social. Muchos de estos decretos concordantes con este plan, estuvieron inspirados en la descentralización del sector, la disminución del personal, el reordenamiento de competencias, el fortalecimiento de los niveles locales, así como en el avance en la participación comunitaria y en la planificación. A este propósito contribuyeron decretos como el 2148/92 sobre la reestructuración del Instituto de Seguros Sociales (ISS), el 2165 que reorganizó la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), y el 2147 que reestructuró la Caja Nacional de Previsión CAJANAL (Vega, 2010, pág.152).

En 1993 los debates sobre los aspectos de la protección social se hicieron intensos, moldeando las tendencias y orientaciones internacionales como el BM, y generando formas institucionales que se ubicaban entre las propuestas foráneas y las necesidades, intereses y posibilidades internas (Vega, 2002, pág. 152-153).

7.3 La propuesta de la Agenda del Banco Mundial y el caso colombiano

Para Hernández (2002, pág.468), la propuesta de la “Agenda” del BM se originó en los años 80, con la preocupación de este organismo por la viabilidad financiera relacionada con la provisión de servicios públicos de educación y salud que condujo a la realización de estudios comparativos entre países pobres en el periodo 1985-1987. Estos estudios señalaban que los principales problemas de tales servicios provistos por el Estado eran la desigualdad en la distribución de los beneficios, la imposibilidad de aumentar el gasto público en condiciones de déficit y elevada deuda pública, así como la ineficiencia interna de los programas de financiación pública. La propuesta del BM con relación a la reforma del financiamiento de los sistemas de salud, consistió en cuatro estrategias: i) cobro de

aranceles a los usuarios de los servicios estatales, ii) provisión de seguro o de otra protección frente a los riesgos económicos relacionados con la atención médica, iii) empleo eficiente de recursos no gubernamentales, particularmente sin ánimo de lucro y, iv) descentralización de los servicios gubernamentales, con el propósito de aumentar el recaudo y el gasto locales, así como disminuir el gasto nacional.

En el caso colombiano, para Hernández (1999, pág. 31; 2002, pág. 470), la reforma de los años 90 no fue un asunto de un grupo de técnicos del gobierno de Gaviria, sino que, aunque en el papel existiera un sistema integrado, en la práctica se evidenciaba una crisis progresiva expresada en términos de cobertura, calidad, eficacia e ineficiencia. Había una inequidad progresiva que avanzaba por más de 15 años. Para este autor, el BM apareció como un nuevo actor sociopolítico de las políticas sociales desde comienzos de los años 80, en los que incluso, se habló de políticas sociales de primera, segunda y tercera generación, según se adaptaba el modelo a cada contexto nacional. Sin embargo, este modelo entró en competencia con las propuestas de actores internacionales que venían con el esquema anterior, en los que tenía lugar la ampliación de derechos a cargo del Estado. Este aspecto generó un desplazamiento de otros organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la salud (OPS) que tenían más visibilidad en los periodos previos.

Dentro de este contexto, Hernández (2002, pág.475), cita que para el caso colombiano la Ley 100/93 diferenció los servicios individuales de los colectivos, que se consumen en forma de planes de beneficios o paquetes, los cuales tienen en cuenta el costo probable de la atención de grupos de enfermedades, más que las necesidades diferenciadas de las personas. La existencia de planes diferenciados para contribuyentes, para subsidiados y para la medicina prepagada, según la capacidad de pago, era muestra de una franca inequidad del sistema en su conjunto. Para este autor, los planes complementarios no podían considerarse como tales, ya que no habían sido reglamentados y únicamente debían constituir un sobre costo por encima del POS que no debería ser superior del 5%.

Para Giraldo (2007, pág. 220-221), en el modelo de la Ley 100/93 prima la lógica financiera en el sistema de salud, y citando el aumento de los recursos con relación al PIB, entre 1993 y 2002 de 6,2% a 8,5% respectivamente, considera que independientemente de los costos crecientes de este sector, no habría una explicación suficiente para un aumento de

esta magnitud en una década. Este hecho, sobre todo teniendo en cuenta el deterioro en el acceso y en la calidad de los servicios. Según ilustra, los recursos destinados al sistema de atención en el 2003 permitían un gasto por cada persona superior en 1,5% de los que el sistema destinaba por cada afiliado a los regímenes subsidiado y contributivo. Según él, este hecho significa que si se eliminara el sistema de aseguramiento y se pagara directamente por la atención de cada persona se podría lograr la cobertura universal y además sobrarían recursos. Para este autor, los flujos de recursos financieros del sistema presentaban dos problemas básicos, el primero de los cuales era la reducción de los afiliados cotizantes y el aumento de los que demandaban asistencia, lo que terminaba ocasionando un desbalance financiero del sistema.

El segundo, hacía alusión a los recursos, pues éstos no llegaban con fluidez a la atención de los usuarios, sino que quedaban atrapados en la intermediación financiera. Algunos ejemplos de este último caso, fue la crisis hospitalaria a comienzos de 2005, para cuando se habían cerrado 10 hospitales públicos y 79 estaban cerca de hacerlo, según el propio Ministerio de la Protección Social. Otro ejemplo lo representaban los deterioros de los indicadores de la salud pública, que para 2002 mostraban una disminución de la cobertura de vacunas, el aumento de casos como la malaria (139.542 casos), fiebre amarilla selvática (19 casos), sarampión (128 casos), y tétano neonatal (9 casos). El deterioro de la salud pública, según Giraldo, obedecía a que la contratación generaba un sesgo hacia la atención curativa, descuidando la prevención (Giraldo, 2007, pág. 225).

Con relación al POS, este mismo autor (pág. 224), señala que la garantía del asegurador solo se remite a lo que está contemplado dentro de él, pero que además el ciudadano no tiene opción de decidir contra qué aspectos asegurarse, ni sobre los riesgos que prioritariamente deben incluirse. Igualmente las aseguradoras buscan que una porción importante de las atenciones no queden contempladas con el fin de evitar el pago y maximizar su ganancia financiera, proceso para el cual tienen una gran cantidad de auditores que revisan minuciosamente las cuentas que remiten las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Tanto médicos como instituciones prestadoras cuentan con una serie de semáforos que indican cuándo los tratamientos o formulaciones resultan bastante costosos para el asegurador, de tal manera que se generan recortes en los mismos con el fin de reducir costos, ocasionando insuficiencia en la atención.

La ampliación del POS se ha venido realizando como resultado de la presión social con mecanismos legales como la tutela, en las que se han incluido, por ejemplo, medicamentos para el VIH-Sida. Este aspecto ha ocasionado enfrentamientos entre opositores y defensores de tales decisiones. En el primer caso, la tecnocracia, los organismos financieros y los empresarios que apoyan el punto de vista del gobierno; y por el otro, las organizaciones sociales y amplios sectores de la opinión pública que apoyan los fallos de la Corte (Giraldo, 2007, pág. 225).

7.4 El debilitamiento del CNSSS y la CRES en el gobierno de Álvaro Uribe

Puede decirse que el proceso de actualización del POS inició en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), el cual adoptó su propio reglamento en su Acuerdo 31 del 27 de marzo de 1994 y, que como se ha dicho a lo largo de esta investigación, jugó un papel importante como espacio de discusión y concertación entre los diferentes actores allí representados. Como lo han destacado algunos autores (Gómez y Sánchez, 2006, pág. 25), este consejo estaba dotado de competencias que le permitían cumplir con su misión como organismo de concertación y de gobierno sobre el mercado político. En tal sentido, regulaba los principales aspectos que garantizaban el equilibrio financiero del sistema como el POS y la UPC, así como algunos criterios para llevar a cabo la distribución de los subsidios y los recursos. Según estos investigadores, la relación de fuerzas establecidas al interior del CNSSS estaban dadas por i) su composición y representatividad, ii) la relevancia y conocimiento de los actores, y, iii) la representatividad, representación y delegación de mandato. En el primer caso, era fundamental la capacidad y afinidad de los consejeros para adentrarse en la lógica de mercado como diseño técnico que regía el sistema de salud, en la que tenía lugar la separación entre aquellos que dominaban su lenguaje como técnicos y los demás menos calificados. Igualmente resultaba fundamental la capacidad de los participantes para establecer y beneficiarse de los circuitos de influencias.

En el segundo caso, se hace referencia a la ausencia de ciertos actores relevantes como los usuarios, al igual que las cajas de compensación familiar que habían solicitado en lugar para participar en el mismo. En el tercer caso, se destaca que la fortaleza de los diferentes

gremios o grupos de interés participantes dependía de su forma de intervención y sus recursos de poder.

No obstante, con motivo de las críticas al CNSSS como instancia de discusión y concertación éste pasa a cumplir funciones de asesoría y consultoría con la expedición de la Ley 1122/07, en tanto que la CRES como organismo recién creado pasó a cumplir algunas de las funciones de aquel como la actualización del POS y la UPC.

Muchos eran los actores sociales opositores de la reforma que coincidían en que el CNSSS como espacio de concertación no había logrado articular las demandas de los usuarios y trabajadores, entre otras cosas, porque su participación continuaba siendo marginal y porque las decisiones seguían en poder de los grupos hegemónicos, que incluía al gobierno y al sector privado, con mayor ventaja respecto al manejo de la información. En el año 2006, en el contexto de las iniciativas de reforma presentadas tanto por el gobierno de Álvaro Uribe como por los congresistas que representaban los diferentes partidos políticos, se llevó a cabo el debate sobre las dificultades de este organismo, pero se abandonó la idea de producir cambios en el mismo, y se propone más bien, la creación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES).

Entre las motivaciones señaladas en estos debates, se mencionaban algunas dificultades del Consejo tales como el poder diferencial entre sus integrantes, el amplio margen para la conformación de coaliciones y grupos de presión, así como las posibles incompatibilidades que podría surgir a su interior en tanto organismo regulador, administrador y concertador, entre otros. Este aspecto, unido al largo proceso de discusión iniciado en 2003 con motivo de cumplirse los primeros diez años de la aprobación de la Ley 100/93, se concretó en la expedición de la Ley 1122/07.

Esta última, como expresión de los conflictos presentes desde la aprobación de la reforma en el sistema de salud, no ofreció soluciones de fondo, y estableció más bien, algunos ajustes sobre el funcionamiento y la operación del sistema en materia de financiamiento, aseguramiento, acceso, salud pública y, también a nivel institucional. En este último caso, se destaca el intento normativo por resolver la multiplicidad de funciones que cumplía el CNSSS como regulador, organismo de concertación y administrador del Fosyga. Para la

primera función se creó la CRES, para la segunda, se mantuvo el Consejo y se estableció que éste sería consultor de la Comisión, así como del Ministerio de la Protección Social y, en el caso de la tercera, ésta se trasladó al Ministerio en mención. Al parecer se buscó con estas medidas, depurar o especializar al organismo en torno a la regulación. Con respecto a la definición del POS y la UPC, éstos pasaron a ser competencia de la CRES, entre otras funciones, como el establecimiento de un manual de tarifas mínimo que debería ser revisado cada año y que incluyera honorarios profesionales (GES, 2007; 2007a).

Con relación a la CRES muchas fueron las dificultades que este organismo enfrentó incluso desde su creación, pues empezó a funcionar bastante tarde, el 26 de mayo de 2009, lo que generó dudas respecto a la verdadera intención del gobierno por concederle autonomía y capacidad técnica para alcanzar un mejoramiento en la dirección del sistema (Yepes, et.al, 2010). Igualmente fue dotada de una serie de funciones que no le permitieron actuar directamente sobre los principales males del sistema de salud. Algunas de sus funciones eran la definición y actualización permanente del POS, el cálculo del valor de la UPC, la definición de los criterios para determinar los pagos moderadores, establecer y actualizar los sistemas de tarifas y, presentar informes a las comisiones séptimas de Cámara y Senado, entre otras. Para algunos autores, a pesar de llevar el título de “regulación”, que implicaría el actuar del Estado para activar herramientas que corrigieran las fallas del mercado que los agentes por sí solos no podían corregir, las dotó tan solo de funciones técnicas. Tal vez la única función como reguladora que pudo haber cumplido la CRES fue la del establecimiento y actualización del sistema de tarifa (Posada, s.f.)

Al parecer, el bajo perfil de sus comisionados no lograron hacerle contrapeso a los ministros de la Protección Social y de Hacienda que integraban la CRES, los cuales terminaron influyendo en su actuar y sus decisiones (Tiempo, 2012).

Así mismo, las decisiones de la CRES quedaron atadas a algunas nociones bastante confusas como son el equilibrio financiero del sistema para el régimen contributivo de acuerdo a las proyecciones de la sostenibilidad de mediano y largo plazo y, el marco fiscal de mediano plazo para el Régimen Subsidiado. Caso este último, en el que la CRES quedó supeditada a las decisiones del Ministerio de Hacienda. La autonomía de la CRES igualmente quedaba en entredicho, ya que en la definición de su composición, no resultaba clara la forma como las distintas organizaciones presentaban sus ternas, y el compromiso

con cada uno de sus representados, reducía la independencia de los comisionados. Ello a pesar de que el nivel técnico y el conocimiento del sector pudieron contribuir al buen desempeño de éstos, no era una garantía suficiente para su total independencia (González JI, 2012). Predominaba la potestad del Presidente de la República para designar a los comisionados, de forma tal que, su conformación y control quedaba condicionada a los ciclos políticos; y el ministro de la Protección Social quien presidía la CRES, era quien autorizaba la contratación de estudios técnicos requeridos para el cumplimiento de su misión (El Pulso, 2012). Este tipo de situaciones, entre otras, pudo desmotivar a muchos actores que decidieron abstenerse de participar en su conformación.

Algunos estudios sin embargo, mostraban que con relación al CNSSS, la CRES ganó autonomía para ejercer la función regulatoria del sistema al propiciar un espacio de discusión en la que se tenían cinco expertos dedicados al análisis permanente del desempeño del mismo y la toma de decisiones a partir de información de carácter público. Este mismo estudio establece que, si bien la CRES ganó independencia respecto a los regulados, no ocurrió lo mismo con el gobierno (El Pulso, Ventajas y limitaciones de la Comisión de Regulación en Salud).

Otros problemas de la CRES se generaron a partir de la expedición de los Acuerdos 003 y 008 de 2009 en los que, según algunas entidades, la actualización del POS no permitía superar el conflicto de interpretación de los contenidos de los planes de beneficios. Finalmente, ya en el gobierno de Juan Manuel Santos, se liquida la CRES mediante la expedición del Decreto 2560 del 10 de diciembre de 2012, y la función de la definición y actualización del POS pasan al Ministerio de Salud.

8 Conclusiones y discusión

En este apartado se presentan las conclusiones más importantes a lo largo del proceso investigativo, las cuales se abordará en su orden, de la siguiente manera: i) contexto general de la reforma, ii) respuesta a la pregunta de investigación y cumplimiento de los supuestos, iii) pertinencia de los enfoques teóricos utilizados y, iii) discusiones.

Contexto general de la reforma

La adopción del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en 1993 se inscribió en las políticas más amplias de modernización institucional y se justificó bajo la concepción de que la nueva estructura permitiría la integración y la garantía de los servicios de salud para toda la población. Esta reforma generó una transformación en su marco institucional manifiesto en la creación de normas para la operación del mismo en un ambiente de competencia regulada como es el caso del establecimiento de la protección financiera con carácter universal mediante un seguro de salud obligatorio. De la misma manera, se generó un cambio en la configuración del propio sistema de salud expresado en la conformación del sistema con actores y organismos públicos y privados (Uribe, 2009).

Respuesta a la pregunta de investigación y cumplimiento de los supuestos

La pregunta que orientó la presente investigación fue: ¿Cómo influyó la correlación de fuerzas en la lucha de la dinámica política que conllevó al proceso de implementación y actualización del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia? Para responder a ella, dentro de los enfoques teóricos del

Marco de las Coaliciones Promotoras (MCP), el Institucionalismo Histórico (IH) y la Sociología Histórica (SH), se partió de los siguientes supuestos:

S1: La interacción y disputa de las CP que participan dentro del subsistema de política del POS determinan los contenidos de los planes de beneficios y las políticas públicas que los sustentan. Como lo mostraron los resultados, de las tres coaliciones más importantes que formaron el SPPOS, la coalición de salud como factor económico fue dominante tanto en el CNSSS como en la CRES, lo cual determinó que por encima de la preocupación por la actualización de los planes de beneficios, se priorizaran los costos asociados a la misma. En el primero, los discursos más relevantes fueron salud como factor económico (34,7%) e inclusiones/exclusiones (30,5%), mientras que salud como derecho no tuvo ninguna relevancia. Situación similar se dio en la CRES, pero esta vez con una mayor profundización de Salud como factor económico (41,2%), en tanto que la coalición de inclusiones/exclusiones ocupó el último lugar (23,5%). Mejor posición ocupó la coalición de actualización y cobertura del POS (29,4%), situación debida en gran parte a la urgencia de la CRES por dar cumplimiento al fallo de la Sentencia T-760/08 en este tema.

En las comisiones séptimas de Cámara de Representantes y Senado, aunque la discusión sobre este aspecto fue marginal, la coalición de salud como derecho fue la más destacada (33,3%), especialmente defendida por los partidos políticos de izquierda, el partido liberal y el movimiento Laicos por Colombia. Le siguió la coalición de inclusiones/exclusiones (19,0%), mientras que salud como factor económico junto a otros, ocupó el último lugar (14,3%). Fuera de estos tres espacios, en la coalición "Otras organizaciones" igualmente volvió a dominar Salud como factor económico (26,3%), secundada por salud como derecho (22,0 %) y, actualización y cobertura del POS (9,3).

Este aspecto demuestra porqué a más de 17 años de implementada la Ley 100/93 y más de 16 desde el inicio de actividades del CNSSS, el POS prácticamente no se actualizó, salvo algunas inclusiones y exclusiones muy particulares en el periodo analizado. Esta situación se subsanó parcialmente con la Sentencia T-760/08 de la Corte Constitucional que fijó plazos perentorios para la actualización y la unificación del POS subsidiado y POS contributivo, la universalización del acceso a la salud, así como la estabilización del flujo de recursos en el sistema, entre otros aspectos (El Pulso, 2009j).

S2: La interacción entre coaliciones promotoras básicamente son juegos políticos en la que los actores intentan en todo momento hacer prevalecer sus respectivos intereses y valores. De esta manera, el éxito o fracaso de cada una de las CP, depende de sus recursos, estructura y poder de influencia. Al respecto se pudo constatar que a nivel del CNSSS/CRES, La coalición de salud como factor económico, presentó un apoyo condicionado al tema de inclusiones y actualizaciones según límites económicos del Estado, la sostenibilidad financiera del sistema, la revisión de la evidencia científica y la literatura internacional. Entre los diferentes casos se pueden mencionar los tratamientos y los medicamentos como la eritropoyetina, el lopinavir, el ritonavir o los anticonceptivos, entre otros. Consideraban que no todo lo ordenado por tutelas o por ser nuevas tecnologías debía incluirse. La coalición de inclusiones/exclusiones, por su parte, apoyó aspectos puntuales sin mayores reparos de inclusiones, actualizaciones y revisiones tales como la prostectomía, las cataratas, las enfermedades diarreicas, las infecciones oportunistas, los anticonceptivos y la vasectomía.

A nivel de los actores externos, la coalición de salud como factor económico, entre los aspectos fundamentales que apoyó estuvieron la sostenibilidad financiera del sistema de salud, asegurar los recursos económicos para los subsidios a la oferta a los entes territoriales, un POS diferencial dependiendo del diagnóstico situacional y, algunos estudios como los de COLCIENCIAS sobre la actualización del POS. Igualmente apoyó la declaratoria de la Emergencia Social e incorporación de los recursos necesarios para el salvamento financiero de la salud, apoyó especialmente los decretos 128 (régimen de prestaciones excepcionales en Salud) y 131 de la emergencia social, así como la priorización del nuevo POS en el contexto de la expedición de tales decretos.

La coalición de salud como derecho, apoyó los asuntos relacionados con la unificación del POS, la ampliación de la afiliación del régimen contributivo, la inclusión dentro del proyecto de Ley 122 de 2006 del Polo el derecho fundamental a la seguridad social en salud y la integralidad del sistema. También apoyó el avance de la Corte Constitucional en materia de universalización, el cubrimiento de todo tipo de patologías y la no fragmentación del POS, así como el pronunciamiento de la Corte Constitucional y, la declaración de inexequibilidad del Decreto 4975 de 2009 (declaratoria de la Emergencia Social).

Con relación a los recursos y propuestas, se puede decir que a nivel del CNSSS/CRES la coalición que más recursos y propuestas interpuso fue la de salud como factor económico con el 57,9% y el 74,4%, respectivamente. Los recursos más utilizados por esta coalición fueron estudios, análisis e informes de investigación propios con el 16,9%; los basados en conceptos y; estudios no propios, circulares y leyes con el 10,4%. Las propuestas más destacadas fueron las de tipo financiero con el 31,3%, inclusiones, exclusiones, unificación e igualación con el 14,1% y; conformación de mediadores de política con el 12,1%. La coalición de inclusiones/exclusiones, además de utilizar como recurso los estudios, análisis e informes de investigación propios con el 7,1%, también acudió a consejeros y asesores de investigación con el 10,7%. Entre sus propuestas figuró principalmente las de inclusión, exclusión, unificación e igualación con el 26,7%, y la de tipo financiero, así como la de conformación de mediadores de política con el 10,0% cada una.

En el caso de los actores externos al CNSSS/CRES, en materia de recursos interpuestos y propuestas, las coaliciones de salud como factor económico y salud como derecho, ocuparon los primeros dos lugares. La opinión pública fue el recurso más utilizado (69,4% por la primera y 52,5% por la segunda), seguido por debates en el Congreso de la República (4,1% la primera, y 29,1% la segunda) y comunicados de prensa y denuncias públicas (4,1% la primera y 5,5% la segunda). Las propuestas de carácter financiero fueron las más importantes para estas dos coaliciones, aunque con diferente ponderación (33,3% y 21,3%, respectivamente).

S3: El gobierno es un actor con intereses particulares que forma parte del subsistema de política. Se pudo constatar que dentro de este proceso el gobierno jugó el papel de un actor con intereses particulares que formaba parte del subsistema de política del POS (SPPOS), y normalmente actuó en defensa de los intereses de los grupos privados como las EPS, y marginalmente, atendiendo las demandas sociales relacionadas con el derecho a la salud. No en vano los ministerios de Hacienda y Salud (anteriormente de la Protección Social), siempre aparecieron formado parte de las coaliciones de salud como factor económico. Como miembro del CNSSS, el primero tenía gran influencia en las decisiones de carácter técnico, incluso superiores a las del segundo.

El MinHacienda era el agente mejor dotado al momento de debatirse temas relacionados con su propio conocimiento y el diseño de modelos econométricos propios que lo facultaban para discutir con mayor fluidez los asuntos fundamentales que regulaban el equilibrio financiero del sistema como la UPC y el POS, entre otros aspectos. Mediante este procedimiento se movilizaba una parte del cabildeo sobre funcionarios del Ministerio de Hacienda, en el que se conformaba un circuito de influencias que alternativamente se opondrían a ciertas decisiones del Ministerio de la Protección Social o del CNSSS, en el evento en que algunos de sus miembros no estuviera dispuesto a aceptarlas (Gómez & Sánchez, 2006, pág.38-39).

Esta situación se profundizó aún más con el advenimiento de la CRES, al quedar sus decisiones atadas al equilibrio financiero del sistema para el régimen contributivo de acuerdo a las proyecciones de la sostenibilidad de mediano y largo plazo y, el marco fiscal de mediano plazo para el Régimen Subsidiado. De esta manera la CRES quedó supeditada a las decisiones del Ministerio de Hacienda.

El Ministerio de salud, bien por omisión o bien por acción, favoreció al sector privado como las EPS e IPS por su falta de control sobre los recursos del FOSYGA, la desregulación de los precios de los medicamentos, los desfalcos al sistema de salud y hasta fue objeto de denuncias por supuestamente haber contratado con las EPS gran parte de los contenidos de los decretos de la Emergencia Social. Respecto al POS, siempre argumentó como requisito para su actualización y unificación, la sostenibilidad financiera del sistema. En este caso, llegó incluso a proponer en una de las sesiones del CNSSS igualar el plan de beneficios por lo bajo, con el pretexto de cumplir la orden de la Sentencia T-760/08 (CNSSS, 2008e, pag.29; Federación Médica Colombiana, 2012a; El Tiempo, 2010).

S4: Con base en la investigación preliminar, existirían por lo menos dos Coaliciones Promotoras (CP): Salud como factor económico y salud como derecho fundamental. Este supuesto se cumplió parcialmente, ya que la única coalición que se mantuvo consistentemente fue la de salud como factor económico, mientras que las otras (entre 3 y cuatro por coyuntura crítica), variaron mucho en su composición a lo largo de las diferentes coyunturas críticas, y en muchos casos, sus discursos no se diferenciaban suficientemente de aquella. Después de la coalición de salud como factor económico, las otras dos con algún grado de importancia son salud como derecho fundamental, así como

la de inclusiones/exclusiones. Ésta última especialmente en el CNSSS/CRES. Las demás, aparecieron esporádicamente y fueron muy poco consistentes como para ser consideradas coaliciones.

La conformación de las coaliciones normalmente tuvo lugar dentro de un alto grado de homogeneidad y con una recomposición de las mismas en las diferentes coyunturas críticas. Las posiciones políticas de apoyo u oposición se llevaron a cabo con un mayor grado de heterogeneidad, aspecto este último explicable por ser más evidente la forma como los actores manifiestan sus intereses.

En resumen, se puede decir con relación al cumplimiento de los cuatro supuestos, que este proceso estuvo igualmente condicionado por la estructura institucional preexistente, en la que factores como la organización político administrativa, el componente normativo, el liderazgo especialmente de la coalición de la salud como factor económico, los discursos, las ideas y las creencias intervinieron en el proceso de actualización del POS.

Al combinar el análisis de las diferentes categorías de actores, coaliciones y el marco institucional, se pudo constatar que el CNSSS y la CRES fueron instancias fundamentales como espacios estratégicos a partir de los cuales se generaron nuevos mecanismos de mediación social y de regulación política perfectamente adaptados a los intereses de las diferentes coaliciones, especialmente la referida a salud como factor económico. Se pudo evidenciar de la misma manera, la existencia de relaciones de poder desiguales dentro del Subsistema de Política del POS (SPPOS), normalmente a favor de esta última coalición.

El dominio del conocimiento y el lenguaje técnico científico, así como la recurrencia a los mediadores de política del POS, algunas veces conformados por actores de los mismos grupos interesados como las EPS dentro del CNSSS, les permitía apoyar sus posiciones y legitimar su poder político e ideológico. Sin embargo, esta instancia, así como la misma Superintendencia Nacional de Salud (SNS), al momento de cumplir con sus funciones de regulación y el deber de proteger la salud, mostraron grandes fallas como lo pudo constatar la Corte Constitucional, razón por la cual impartió órdenes encaminadas a asegurar la protección de manera efectiva del derecho a la salud y fijó un cronograma que posibilitaba un seguimiento estricto a su cumplimiento.

En el caso de los actores externos al CNSSS/CRES, se pudo observar que en instituciones como el Congreso de la República y en los partidos políticos, el tema sobre la actualización del POS fue básicamente secundario, y en los casos en que tuvo lugar, las posiciones políticas respecto al mismo guardaban relación con las asumidas a nivel más general entre defensores de la Ley 100/93 y sus detractores.

Los medios de comunicación igualmente desempeñaron un papel importante al no limitarse simplemente a informar sobre la realidad del proceso de definición y actualización del POS, sino que contribuyeron a la construcción de su propia realidad al poner en escena los hechos más críticos relacionados con este problema. Esta situación fue especialmente evidente en el contexto del impacto creado por los escándalos sobre el desfalco a la salud, los mandatos de la Corte Constitucional, especialmente la Sentencia T-760 de 2008 y la declaratoria de la Emergencia Social en Salud (ESS). A partir de estos hechos, los tipos de relaciones que se establecieron entre los diferentes actores y los medios de comunicación, aumentaron de tal manera que se hizo difícil actuar al margen de ellos. De este hecho, es testigo la proliferación, especialmente en los últimos cinco años, de numerosas publicaciones tanto de defensores del modelo de la Ley 100/93, como de sus opositores, entre cuyos autores se encuentran políticos, representantes gremiales, académicos, formadores de opinión y los periodistas mismos. Entre los temas más destacados pueden mencionarse los relacionados con la escasa o nula actualización del POS, los recursos y calidad en salud, los derechos de los usuarios, la corrupción, la sostenibilidad financiera del sistema entre otros.

Pertinencia de los enfoques teóricos utilizados

Los enfoques de las Coaliciones Promotoras (CP), el Institucionalismo Histórico (IH) y la Sociología Histórica (SH), permitieron un acercamiento a la relación de las diferentes coaliciones con las estructuras de poder del campo de la salud. De la misma manera, permitieron explicar el predominio del modelo hegemónico de la salud dentro de un marco institucional más amplio que prioriza los principios de costo efectividad y la sostenibilidad fiscal del sistema por encima de los derechos de la salud.

De la misma manera, el enfoque de las CP permitió, a través de la identificación de los discursos, un acercamiento a las creencias, los valores y los intereses de las diferentes coaliciones que orientaron las acciones para constituirse como comunidades de políticas públicas en las diferentes coyunturas críticas. Con relación al SPPOS, se puede decir sin embargo, que las diferencias entre las coaliciones fueron más bien débiles, con excepción del discurso de salud como factor económico, que fue permanente dentro de las cuatro coyunturas críticas analizadas. La Salud como derecho apareció en algunos casos formando parte de otras coaliciones y fue poco constante a través del tiempo.

Discusiones: y ahora qué?

En general, se puede decir que los debates sobre el POS están inscritos en la fundamentación ideológica neoliberal y en la aplicación de los principios neoclásicos de la economía sobre la reforma a la salud de las que sobresalen, la Ley 100/93, la Ley 1122/07 y sus decretos reglamentarios, así como las demás normas, a partir de las cuales se llevó a cabo su proceso de actualización. Por esta razón, para autores como Hernández (2010, pág. 36-37), a pesar que instancias como la Corte Constitucional en su Sentencia T-760/08 otorgue mayor importancia a la dignidad de las personas, el sistema velará por la capacidad de pago, hecho que explica la tensión entre este mandato y la legislación en salud. Esta situación, según el autor citado, se ha visto favorecida por la ausencia de una vivencia de ciudadanía social en el largo plazo, un sistema político cerrado y una correlación de fuerzas en una coyuntura crítica.

En esta perspectiva, una investigación reciente (Molina, Ramírez y Ruíz, 2013, pág. 443-445), muestra las tensiones entre el contexto económico y político en el área de la salud pública, que no es más que la relación antagónica entre el modelo neoliberal de mercado y el proyecto político de un Estado Social de Derecho. Estas tensiones expresadas a nivel del ámbito normativo del SGSSS, y particularmente de la salud pública, se manifiestan en la toma de decisiones que pueden buscar por una parte, posicionar el modelo de mercado, o por otra, materializar el programa político establecido en la Constitución. El primero, como lo establece el estudio en mención, propone por un lado, la injerencia de los sectores más poderosos en las decisiones políticas y económicas en materia social, como la salud. Y por otro lado, la de actores privados en lo público, cuyo modelo los tecnócratas de los

países en desarrollo llevaron a cabo en las reformas de los sistemas de salud implementadas en las décadas del ochenta y del noventa. En ellas, al dar preeminencia a los factores rentistas particulares sobre los intereses públicos dieron, de la misma manera, mayor poder a los intereses clientelistas y económicos de los sectores más fuertes de la sociedad en detrimento de la población más marginada.

En el plano de la salud, se puede decir con Useche (2014, pág. 4), que en la medida en que la Ley 100/93 tuvo como objetivo introducir a las EPS como intermediarias entre la financiación del sistema de salud y las IPS, así como entre éstas y sus pacientes, las primeras se constituyeron en el eje central del sistema. De esta forma, los recursos y la prestación de servicios giran en torno a estas empresas todopoderosas, las cuales llevaron a cabo diversas modalidades de intermediación y aseguramiento para cubrir la totalidad del sistema.

Según el último autor mencionado, la reforma de Juan Manuel Santos y su ministro de salud Alejandro Gaviria, tuvo como propósito principal consolidar el negocio del aseguramiento en todos los niveles de atención en salud mediante ciertos mecanismos. Las EPS, por ejemplo, pasarían a llamarse Gestores de Servicios de Salud (GSS), y se mantendría un plan de beneficios restringido, llamado Mi Plan. La administración de este último, permitiría altas tasas de ganancia en la intermediación y crecimiento del segmento del mercado para los seguros privados y la medicina prepagada.

Otros aspectos allí contemplados eran la concentración del aseguramiento en unas pocas EPS, la garantía del lucro creciente de las aseguradoras a través de incentivos a la gestión del riesgo y la ampliación de la integración vertical, entre otras. De esta manera, se le permitía a las aseguradoras entre otras ventajas, contar con sus propias clínicas, y formar sus propios médicos, al igual que establecer redes horizontales de prestación de servicios bajo el control de las compañías aseguradoras. También se permitiría la creación de áreas especiales de gestión en territorios con población dispersa en los que se optimizaría la rentabilidad de las EPS al eliminar la competencia entre aseguradoras (Useche, 2013, pág. 4).

No obstante lo anterior, surgieron voces en contra de tales propuestas, como el Proyecto de Ley Estatutaria No. 105 de 2012 presentado al Senado de la República por diversas

fuerzas sociales que llamaron la atención del gobierno con el fin de que se tomaran las medidas necesarias que permitieran superar la grave situación que puso en riesgo el derecho fundamental a la salud. Esta situación demuestra que al predominio de la coalición de salud como factor económico, aún se le opone otras coaliciones, como la de salud como derecho, que si bien, hasta la terminación de la presente investigación, no se ha consolidado con la fuerza suficiente, si ha obtenido logros importantes en la defensa de tales derechos.

Dentro de esta perspectiva, y parafraseando a Gañan (2010, pág. 238-239), la dignidad humana constituiría el faro jurídico y moral que debería regir las actuaciones de las personas, la comunidad y la sociedad en el marco de un Estado Social de Derecho. Este aspecto implicaría, necesariamente, que la eficacia del derecho esté determinada por la materialización real y efectiva del principio de la dignidad humana. Esto es particularmente cierto, al tratarse del derecho fundamental a la salud de personas, que como en la mayoría de los casos de tutela analizados por este investigador, se encontraban en un estado de alta vulnerabilidad.

Solo el tiempo y futuros estudios revelarán el punto de inflexión a partir del cual se reorganizaran las nuevas coaliciones, y si efectivamente una de ellas se podrá constituir como la verdadera fuerza que haga prevalecer el derecho a la salud y la dignidad de las personas por encima de los intereses económicos particulares y la primacía de las sostenibilidad financiera del sistema.

A. Anexo: Prueba de confiabilidad y validez del análisis multidimensional (Periodo general)

Historial de iteraciones

Iteración	Stress penalizado	Diferencia	Stress	Penalización
0	6,9060627		0,5044383	94,5481399
288	1,3398563	,0000013 ^a	0,8140155	2,205382

a. Diferencia en valores de Stress penalizado consecutivos menor que el criterio DIFFSTRESS.

Medidas		
	Iteraciones	288
	Valor de función final	1,3398563
Partes del valor de función	Parte de Stress	0,8140155
	Parte de penalización	2,205382
	Stress normalizado	0,6307029
Maldad de ajuste	Stress-I de Kruskal	0,794168
	Stress-II de Kruskal	1,5490814
	S-Stress-I de Young	0,6974411
	S-Stress-II de Young	0,7095709
	Dispersión explicada	0,3692971
Bondad de ajuste	Varianza explicada	0,2836177
	Órdenes de preferencia recuperados	0,9651729
	Rho de Spearman	0,4152698
	Tau-b de Kendall	0,3538099
Coeficientes de variación	Variación de las Proximidades	2,7510932
	Variación de las Proximidades transformadas	2,7639626
	Variación de las Distancias	0,6432026
Índices de degeneración	Suma de cuadrados de los índices de entremezclado de De Sarbo	0,0762654
	Índice de no-degeneración aproximada de Shepard	0,803073

Coordenadas de fila finales

	Dimensión			Dimensión			Dimensión	
	1	2		1	2		1	2
B1	-1,512	2,238	B25	0,566	2,763	B49	0,726	1,835
B2	-2,621	-0,499	B26	0,4	2,376	B50	1,741	-0,551
B3	-3,05	1,729	B27	1,741	-0,551	B51	-1,984	0,202
B4	1,741	-0,551	B28	2,33	-1,483	B52	-2,536	-0,173
B5	-1,695	-0,308	B29	1,741	-0,551	B53	-4,06	-0,218
B6	1,741	-0,551	B30	0,726	1,835	B54	-1,716	1,171
B7	1,168	1,661	B31	-1,695	-0,308	B55	2,089	-0,422
B8	0,726	1,835	B32	1,741	-0,551	B56	-1,695	-0,308
B9	1,741	-0,551	B33	0,726	1,835	B57	-3,321	-0,718
B10	-0,925	-1,931	B34	-1,695	-0,308	B58	-0,006	-0,807
B11	2,089	-0,422	B35	-1,695	-0,308	B59	-1,695	-0,308
B12	1,168	1,661	B36	2,866	1,283	B60	1,741	-0,551
B13	-1,984	0,202	B37	3,128	1,756	B61	-2,621	-0,499
B14	-2,603	-0,496	B38	2,574	-0,937	B62	0,045	1,975
B15	1,741	-0,551	B39	-0,925	-1,931	B63	-2,106	0,92
B16	-1,984	0,202	B40	-0,549	-2,157	B64	-0,925	-1,931
B17	-1,695	-0,308	B41	2,089	-0,422	B65	2,089	-0,422
B18	1,741	-0,551	B42	-1,695	-0,308	B66	1,741	-0,551
B19	-1,695	-0,308	B43	-1,695	-0,308	B67	1,741	-0,551
B20	1,741	-0,551	B44	2,113	0,46	B68	1,741	-0,551
B21	0,045	1,975	B45	-0,925	-1,931	B69	-1,695	-0,308
B22	2,478	-2,348	B46	-1,695	-0,308	B70	-1,695	-0,308
B23	-1,695	-0,308	B47	1,168	1,661	B71	1,741	-0,551
B24	2,112	-0,227	B48	0,045	1,975			

Coordenadas de columna finales

	Dimensión	
	1	2
INC	-1,363	0,14
DRC	-6,025	1,559
ECO	6,485	0,709
DYE	0,387	0,019
OTR	0,212	0,476
TYC	-0,53	-0,995
PEP	0,051	-1,554
AYC	1,615	-0,315
SAM	0,542	0,905
UEI	-0,536	-1,748
UNIV	-0,334	-0,191

B. Anexo: Prueba de confiabilidad y validez del análisis de correspondencias múltiples (Periodo general)

Posición que apoya

Resumen

Dimensión	Valor propio	Inercia	Chi-cuadrado	Sig.	Proporción de inercia		Confianza para el Valor propio	
					Explicada	Acumulada	Desviación típica	Correlación
1	,893	,798			,578	,578	,032	,448
2	,763	,583			,422	1,000	,050	
Total		1,381	95,262	1,000 ^a	1,000	1,000		

a. 1260 grados de libertad

Examen de los puntos de fila^a

GENERAL	Masa	Puntuación en la dimensión		Inercia	Contribución					
		1	2		De los puntos a la inercia de la dimensión		De la dimensión a la inercia del punto			
					1	2	1	2	Total	
A: INCLUSIONES / EXCLUSIONES	,000									
B: SALUD COMO FACTOR ECONÓMICO	,507	-,823	-,403	,370	,385	,108	,830	,170	1,000	
C: ACTUALIZACIÓN Y COBERTURA	,000									
D: SALUD COMO DERECHO Y DEMÁS	,000									
E: UNIFICACIÓN E IGUALACIÓN DEL POS	,000									
F: FACTOR TÉCNICO CIENTÍFICO	,000									
G: SALUD COMO DERECHO	,261	1,442	-,621	,561	,607	,132	,863	,137	1,000	
H: DEMÁS	,232	,178	1,582	,449	,008	,760	,015	,985	1,000	
I: OTROS	,000									
J: SALUD COMO DERECHO Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	,000									
Total activo	1,000			1,381	1,000	1,000				

a. Normalización Simétrica

GENERAL APOYA								
Examen de los puntos columna ^a								
ASPECTOS QUE APOYA Y NO APOYA	Puntuación en la dimensión		ASPECTOS QUE APOYA Y NO APOYA	Puntuación en la dimensión		ASPECTOS QUE APOYA Y NO APOYA	Puntuación en la dimensión	
	1	2		1	2		1	2
X1	-0,921	-0,528	X38	0,199	2,072	X60	1,614	-0,814
X2	-0,921	-0,528	X39	1,614	-0,814	X61	0,199	2,072
X3	0,199	2,072	X40	1,614	-0,814	X62	-0,921	-0,528
X4	-0,921	-0,528	X41	-0,921	-0,528	X63	-0,921	-0,528
X5	-0,921	-0,528	X42	-0,921	-0,528	X64	1,614	-0,814
X7	-0,921	-0,528	X47	-0,921	-0,528	X65	1,614	-0,814
X8	1,614	-0,814	X48	-0,921	-0,528	X66	-0,921	-0,528
X10	-0,921	-0,528	X49	-0,921	-0,528	X67	0,199	2,072
X11	-0,361	0,772	X50	0,199	2,072	X71	-0,921	-0,528
X14	-0,921	-0,528	X51	-0,921	-0,528	X72	-0,921	-0,528
X15	1,614	-0,814	X52	-0,921	-0,528	X73	1,614	-0,814
X16	0,034	0,455	X53	1,614	-0,814	X74	-0,921	-0,528
X21	-0,921	-0,528	X54	1,614	-0,814	X75	-0,921	-0,528
X22	-0,361	0,772	X57	1,614	-0,814	X76	-0,921	-0,528
X26	1,614	-0,814	X58	1,614	-0,814	a. Normalización Simétrica		
X27	0,541	0,397	X59	-0,921	-0,528			

Posición que no apoya

Resumen

Dimensión	Valor propio	Inercia	Chi-cuadrado	Sig.	Proporción de inercia		Confianza para el Valor propio	
					Explicada	Acumulada	Desviación típica	Correlación 2
1	,932	,868			,535	,535	,060	,025
2	,868	,754			,465	1,000	,038	
Total		1,622	94,074	1,000 ^a	1,000	1,000		

a. 1260 grados de libertad

Examen de los puntos de fila^a

GENERAL	Masa	Puntuación en la dimensión			Inercia	Contribución				
		1	2			De los puntos a la inercia de la dimensión		De la dimensión a la inercia del punto		
						1	2	1	2	Total
A: INCLUSIONES / EXCLUSIONES	,000	.	.	.	.	.	.	.	.	.
B: SALUD COMO FACTOR ECONÓMICO	,138	2,413	-,041	,748	,862	,000	1,000	,000	1,000	
C: ACTUALIZACIÓN Y COBERTURA	,000	.	.	.	.	.	.	.	.	.
D: SALUD COMO DERECHO Y DEMÁS	,000	.	.	.	.	.	.	.	.	.
E: UNIFICACIÓN E IGUALACIÓN DEL POS	,000	.	.	.	.	.	.	.	.	.
F: FACTOR TÉCNICO CIENTÍFICO	,000	.	.	.	.	.	.	.	.	.
G: SALUD COMO DERECHO	,534	-,400	-,779	,361	,092	,374	,221	,779	1,000	
H: DEMÁS	,328	-,363	1,288	,512	,046	,626	,078	,922	1,000	
I: OTROS	,000	.	.	.	.	.	.	.	.	.
J: SALUD COMO DERECHO Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	,000	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Total activo	1,000			1,622	1,000	1,000				

a. Normalización Simétrica

GENERAL NO APOYA

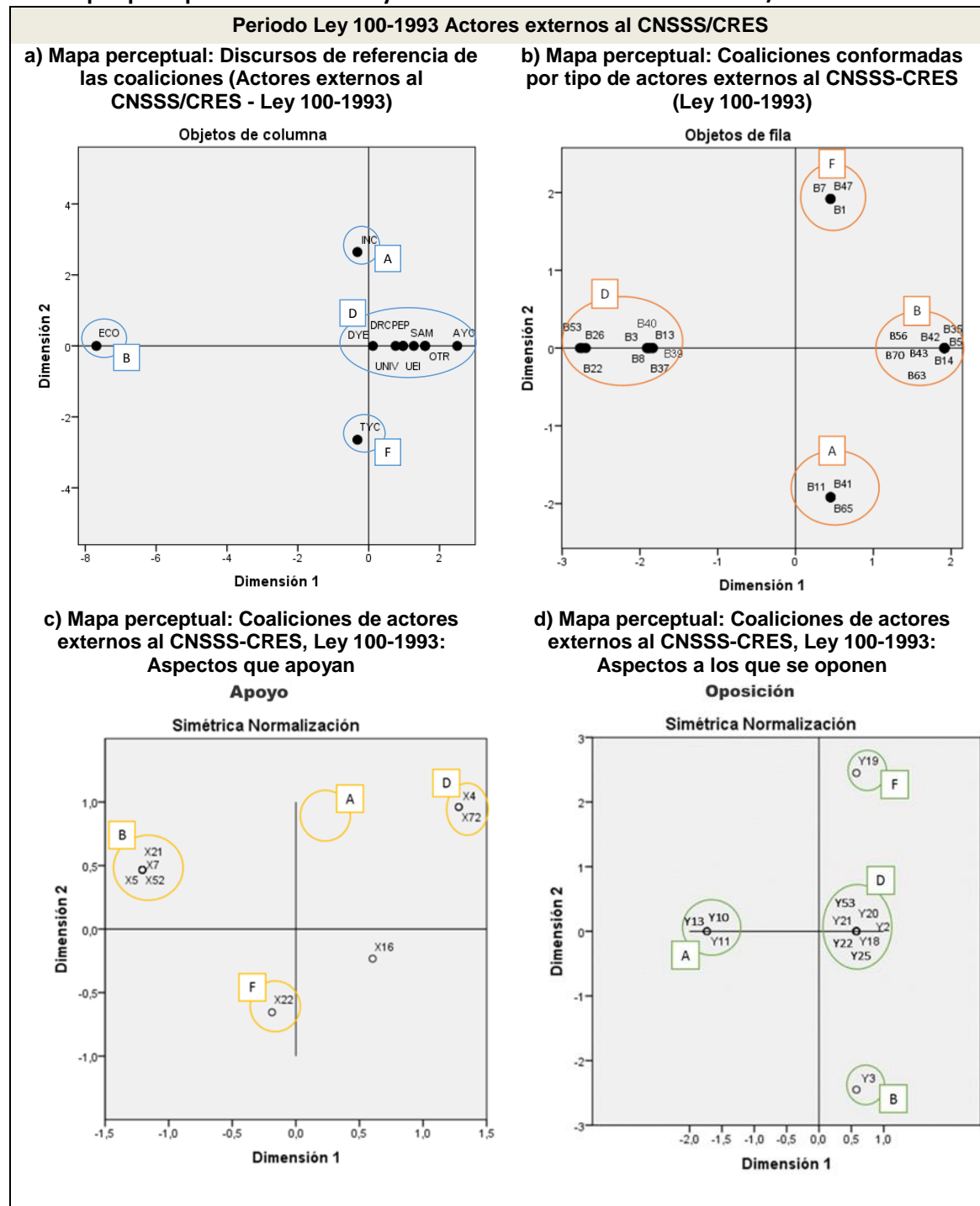
Examen de los puntos columna^a

ASPECTOS QUE APOYA Y NO APOYA	Puntuación en la dimensión		ASPECTOS QUE APOYA Y NO APOYA	Puntuación en la dimensión		ASPECTOS QUE APOYA Y NO APOYA	Puntuación en la dimensión	
	1	2		1	2		1	2
Y2	-0,389	1,484	Y19	-0,389	1,484	Y48	-0,43	-0,897
Y3	2,589	-0,047	Y20	-0,389	1,484	Y49	-0,43	-0,897
Y4	-0,389	1,484	Y21	-0,43	-0,897	Y50	-0,43	-0,897
Y5	-0,43	-0,897	Y22	-0,389	1,484	Y52	2,589	-0,047
Y6	-0,389	1,484	Y23	2,589	-0,047	Y53	-0,389	1,484
Y8	-0,389	1,484	Y24	-0,43	-0,897	Y54	-0,43	-0,897
Y10	-0,43	-0,897	Y25	-0,43	-0,897	Y55	2,589	-0,047
Y11	-0,43	-0,897	Y26	-0,43	-0,897	Y56	-0,43	-0,897
Y12	-0,389	1,484	Y28	-0,141	0,046	Y57	-0,389	1,484
Y13	-0,43	-0,897	Y39	-0,43	-0,897	Y59	-0,389	1,484
Y14	-0,43	-0,897	Y40	-0,409	0,293	Y60	-0,43	-0,897
Y15	2,589	-0,047	Y42	-0,43	-0,897	Y61	-0,43	-0,897
Y16	-0,43	-0,897	Y44	-0,43	-0,897	Y64	-0,43	-0,897
Y17	-0,43	-0,897	Y45	-0,389	1,484	Y1	2,589	-0,047
Y18	-0,389	1,484	Y47	2,589	-0,047	a. Normalización Simétrica		

C. Anexo: Mapas perceptuales actores externos al CNSSS/CRES

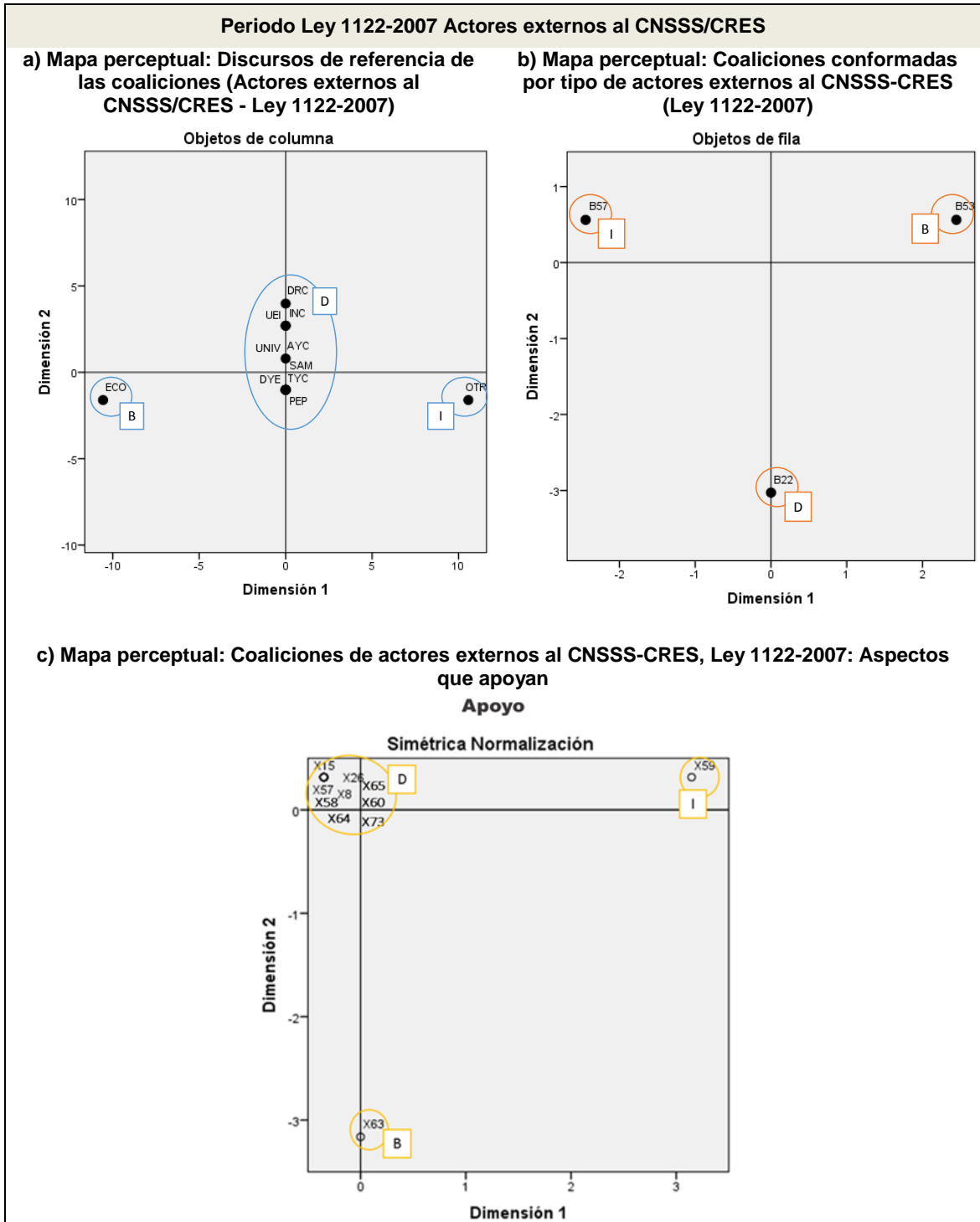
C-1: Ley 100-93

Mapas perceptuales: Periodo Ley 100-1993 Actores externos al CNSSS/CRES



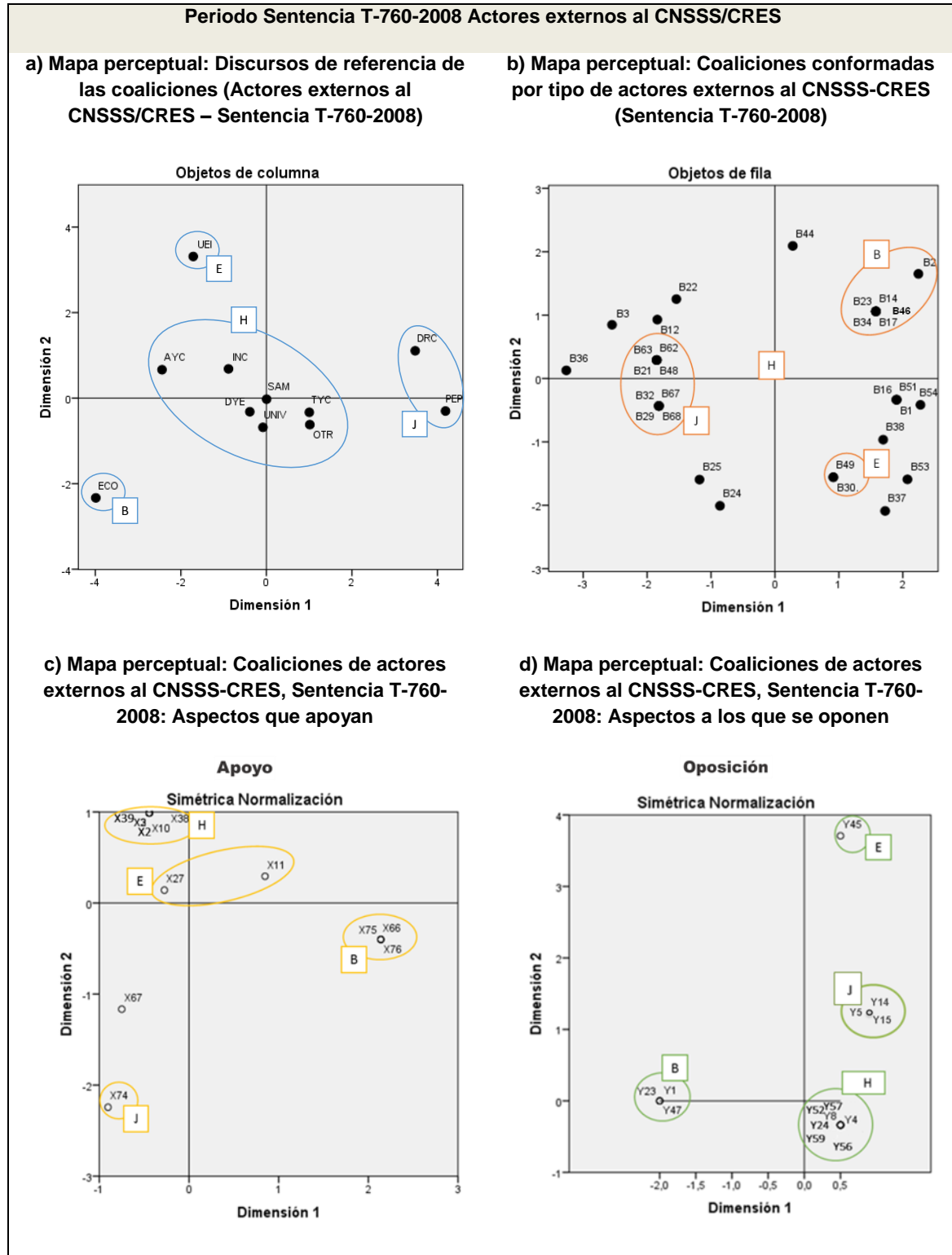
C-2 Ley 1122-07

Mapas perceptuales: Periodo Ley 1122-2007 Actores externos al CNSSS/CRES



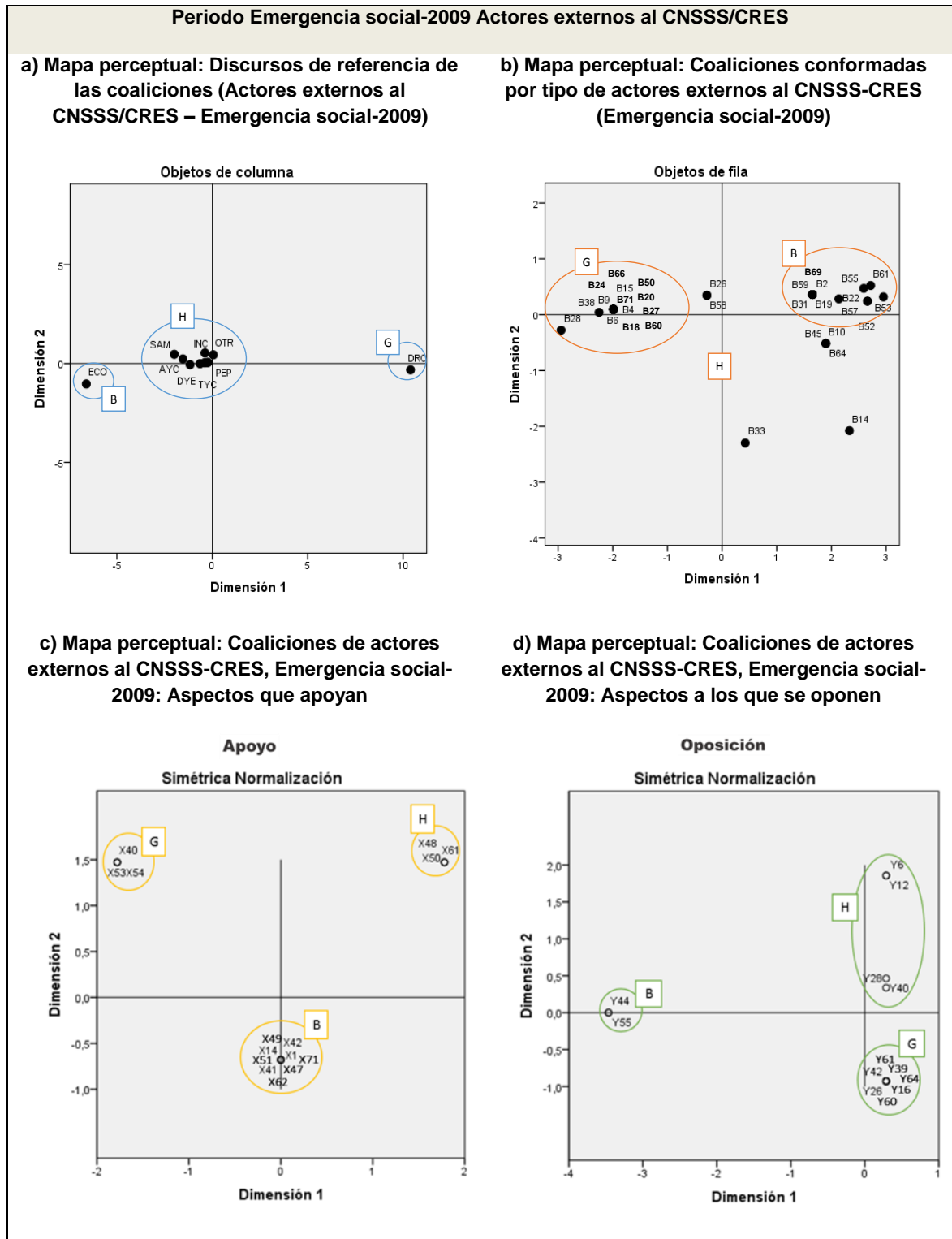
C-3: Sentencia T-760-08

Mapas perceptuales: Periodo Sentencia T-760-2008 Actores externos al CNSSS/CRES



C-4: Emergencia social – 09

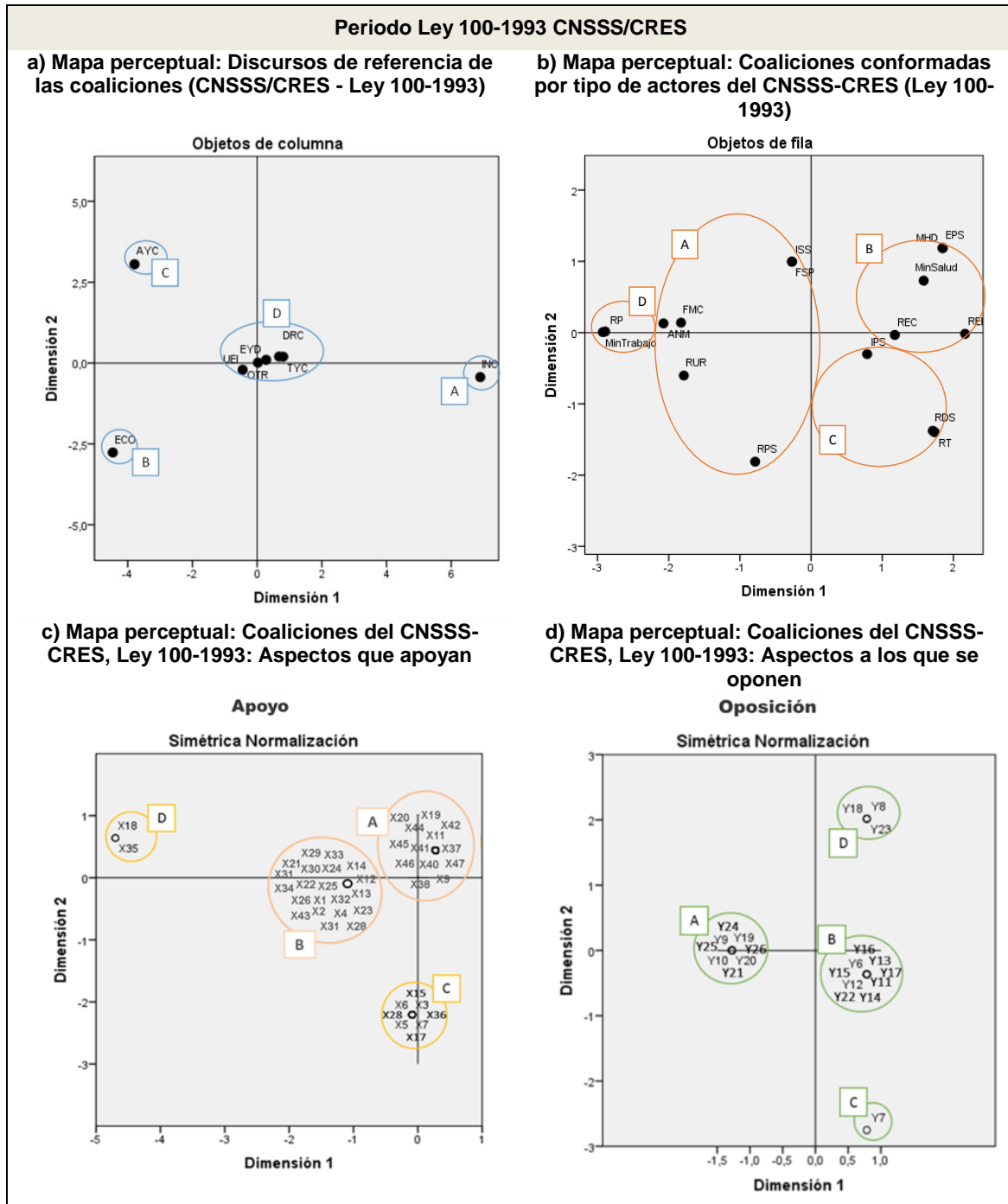
Mapas perceptuales: Periodo Emergencia social-2009 Actores externos al CNSSS/CRES



**D. Mapas perceptuales actores
CNSSS/CRES**

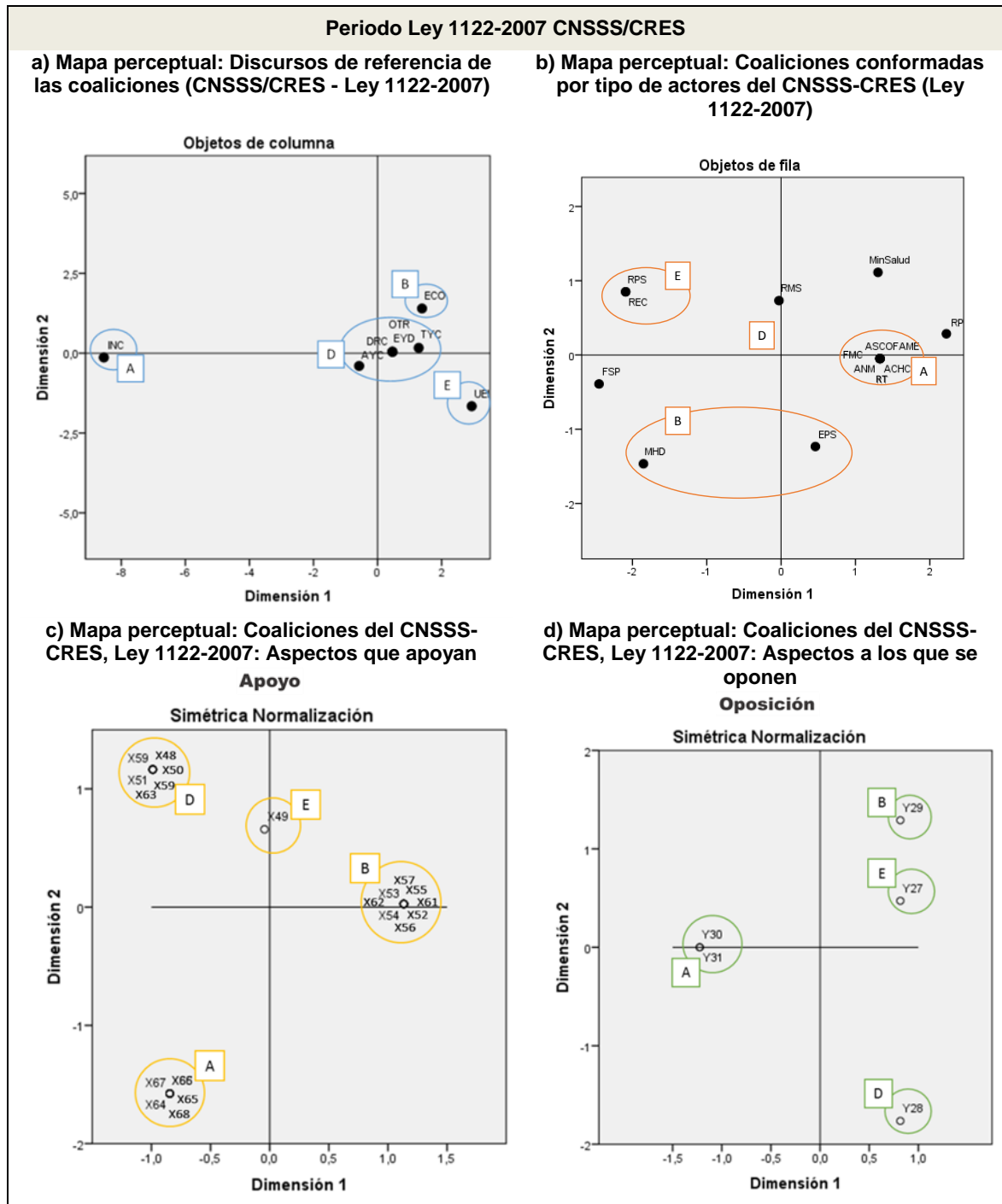
D-1: Ley 100-93

Mapas perceptuales: Periodo Ley 100-1993 CNSSS/CRES



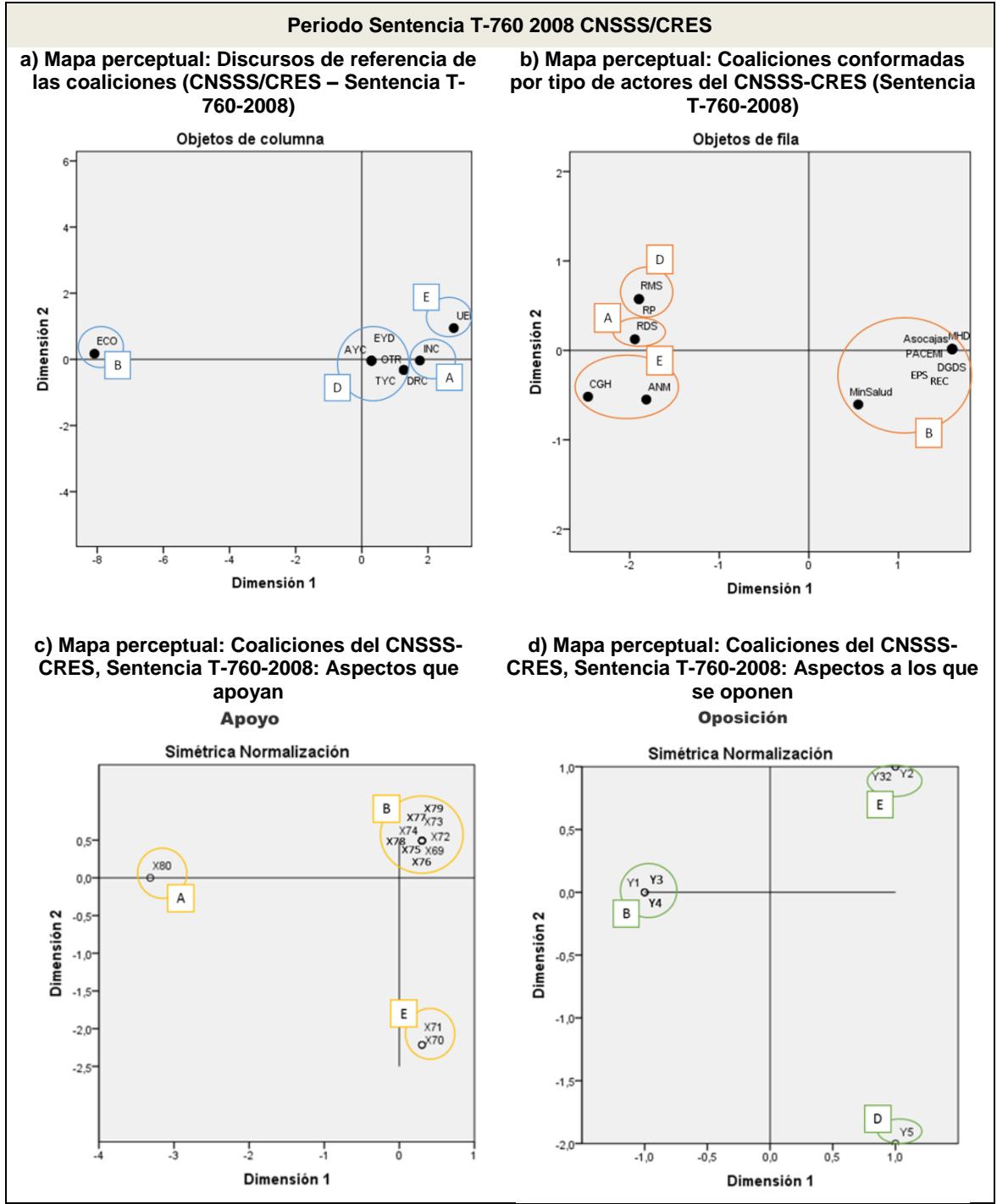
D-2: Ley 1122-07

Mapas perceptuales: Periodo Ley 1122-2007 CNSSS/CRES



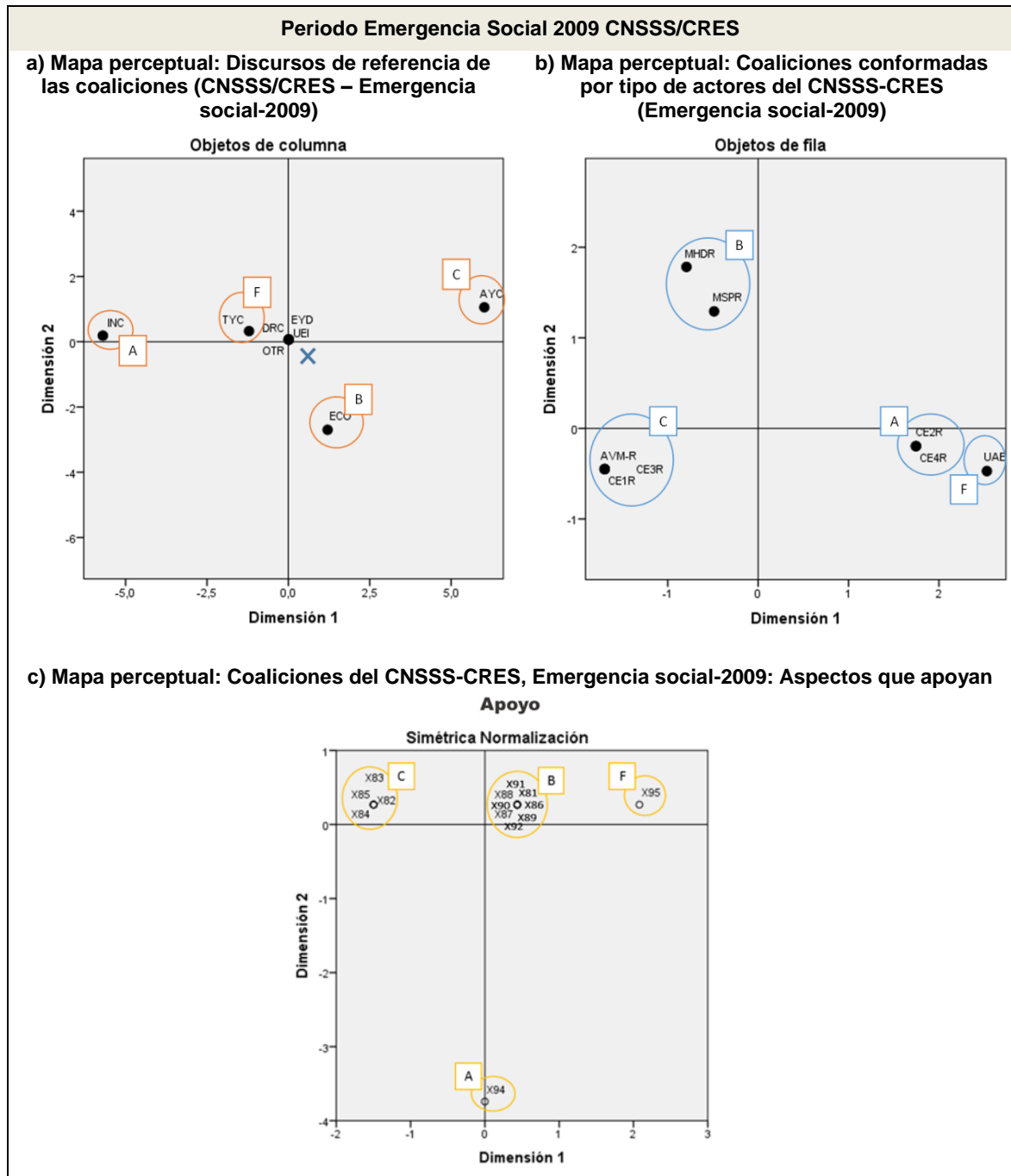
D-3: Sentencia T-760-08

Figura x Mapas perceptuales: Periodo Sentencia T-760 2008 CNSSS/CRES



D-4: Emergencia social – 09

Mapas perceptuales: Periodo Emergencia Social 2009 CNSSS/CRES



E. Aspectos de apoyo/oposición actores externos al CNSSS/CRES

E-1: Ley 100-93

Coaliciones de actores externos al CNSSS-CRES, Ley 100-1993: Aspectos de apoyo / oposición

Coalición / aspectos de apoyo			Código*	Nombre del grupo de aspectos de apoyo / oposición	Código*	Coalición / aspectos de oposición			
B	D	F				A	B	D	F
Para Xn						Para Yn			
5,7,21	4	22	XEa	Sobre la actualización del POS	YEa	10,11,13	3	2,18,20	19
52			XEb	Acuerdos, artículos o proyectos de ley	YEb			21,22,25	
				Predominancia de la sostenibilidad financiera del sistema de salud	YEc			53	
	72		XEk	Otros temas**					

Apoyo:	
B	
	i) Reestructuración del POS ii) inclusión de medicamentos en el POS contra insuficiencia renal, cáncer y sida que implica un incremento temporal de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y, iii) Artículo 162 [Plan de Salud Obligatorio] de la Ley 100 del 93
D	
	i) Mantener el POS como está y ampliar cobertura y ii) la prevención como eje básico del POS.
F	
	Revisión del POS

Oposición:	
A	
	Listado de medicamentos del POS propuesto por el CNSSS, para pacientes con enfermedades crónicas y/o severas
B	
	Reducción de los beneficios del POS
D	
	i) Predominancia de los aspectos económicos de la salud, ii) artículo 188 [de los pagos moderadores] del Proyecto de Ley 155 Senado, 204 Cámara, 1992 y iii) eventual revisión del POS.
F	
	Que la evaluación del POS se haga pocas veces en comparación con la UPC.

E-2: Ley 1122-07

Tabla Coalición de actores externos al CNSSS-CRES, Ley 1122 - 2007: Aspectos de

Código*	Nombre del grupo de aspectos de apoyo	Coalición		
		B	D	I
		Para Xn		
XEa	Sobreactualización del POS		8,15	
XEb	Acuerdos, artículos o proyectos de ley		26,57,58,60	59
XEd	Obtención y aseguramiento de recursos para la prestación de servicios de salud	63	64	
XEe	Universalidad e integralidad		65	
XEk	Otros temas**		73	

Apoyo:
B
Asegurar recursos económicos para los subsidios a la oferta a los entes territoriales.
D
i) Reestructuración, unificación, integridad y universalización del POS, ii) ampliar la afiliación del régimen contributivo e iii) incluir dentro del proyecto de Ley 122 de 2006 del Polo el derecho fundamental a la seguridad social en salud y la Integralidad del Sistema.
I
Proyecto de Ley 038 de 2006, Senado, que da origen a la CRES.

E-3. Sentencia T-760-08

Coaliciones de actores externos al CNSSS-CRES, Sentencia T-760-2008: Aspectos de apoyo / oposición

Coalición / aspectos de apoyo				Código*	Nombre del grupo de aspectos de apoyo / oposición	Código*	Coalición / aspectos de oposición			
B	E	H	J				B	E	H	J
Para Xn							Para Yn			
	11	2,3,10		XEa	Sobre actualización del POS	YEa		4,8	5,14,15	
	27	38,39		XEb	Acuerdos, artículos o proyectos de ley	YEb	23, 47	45	24, 52	
					Universalidad e integralidad	YEc		56		
66				XEf	Reconocimiento de la salud como derecho					
				XEg	POS por patologías	YEc		57,59		
					Sobre las EPS	YEj	1			
75,76			74	XEk	Otros temas**					

Apoyo:

B

Reconocimiento de la salud como un derecho razonable y la priorización del nuevo POS

E

Sentencia T-760/2008 y a la igualación del POS

H

i) Crecimiento progresivo de los beneficios del POS como lo dispone la Ley 100/93, ii) revisión a fondo del POS y del sistema de regulación de servicios y acceso y, iii) al avance de la Corte Constitucional en materia de universalización, el cubrimiento de todo tipo de patologías y la no fragmentación del POS.

J

POS diferencial dependiendo del diagnóstico situacional

Oposición:

B

i) Forma en como el Ministerio de la Protección Social consultó sobre cuál tipo de servicios podrían o no quedar incluidos dentro del POS y ii) que el asegurador sea obligado a pagar cosas que estén por fuera del POS.

E

La forma como el gobierno pretende cumplir la Sentencia T-760

H

i) Reducción del POS contributivo hacia abajo, ii) al "incumplimiento parcial" de la orden de la Sentencia T-760/08 y, iii) la elaboración de un POS por patologías.

J

Exclusiones y reducción del POS a la población más pobre, ii) al listado de medicamentos establecidos en el artículo 39, capítulo I del Acuerdo 03/09 de la CRES y, iii) a la segmentación, los diferentes POS, las coberturas geográficas y el acceso al No-POS.

E-4. Emergencia social-09

Coaliciones de actores externos al CNSSS-CRES, Emergencia social-2009: Aspectos de apoyo / oposición

Coalición / aspectos de apoyo			Código*	Nombre del grupo de aspectos de apoyo / oposición	Código*	Coalición / aspectos de oposición		
B	G	H				B	G	H
Para Xn						Para Yn		
1,14			XEa	Sobre actualización del POS	YEa	16	6, 12	
41,42, 47,49, 51	40, 48,50	53,54	XEb	Acuerdos, artículos o proyectos de ley	YEb	44	26,39, 42	28, 40
62		61	XEc	Predominancia de la sostenibilidad financiera del sistema de salud				
				Obtención y aseguramiento de recursos para la prestación de servicios de salud	YEd	55		
71			XEH	Sanciones a los médicos	YEH	60		
				Incumplimiento y violación a los derechos de la salud	YEi	61		
				Sobre las EPS	YEj	64		

Apoyo:

B

i) Plan Obligatorio de Salud (POS) actualizado, sostenible y que sea respetado por las EPS, los médicos y los jueces, ii) revisión y actualización del Plan de régimen subsidiado, iii) declaratoria de Emergencia Social e incorporar los recursos que se requieren para el salvamento financiero de la salud, a través de las entidades territoriales y, iv) sostenibilidad del sistema de salud.

G

A una reforma de fondo en el sistema de salud

H

i) Declarar inexecutable el Decreto 4975 de 2009 (Declaratoria de Emergencia Social), y ii) mecanismos que permitan garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de salud por parte de los decretos de emergencia social.

Oposición:

B

Reforma al sistema de salud y a liberar parte considerable de los recursos del Fosyga para atender lo No-POS.

G

i) Falta de regulación de medicamentos No-POS, ii) Declaratoria de Emergencia Social por el Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009, iii) sanción a los médicos, iv) incumplimiento del Código de infancia y adolescencia en materia de salud y, v) el carácter mercantil que favorece el negocio financiero del aseguramiento privado por parte de la Ley 100 del 93.

H

A igualar el POS por lo bajo, ii) al listado de medicamentos del POS y, iii) los decretos de Emergencia Social especialmente el Decreto 131 (crea el Sist. Téc. Cient. Salud, reg. autonomía profesional y aseguramiento del POS).

**F. Aspectos de apoyo/oposición
actores CNSSS/CRES**

F-1. Ley 100-93

Coaliciones del CNSSS-CRES, Ley 100-1993: Aspectos de apoyo y oposición

Coalición / aspectos de apoyo				Código*	Nombre del grupo de aspectos de apoyo / oposición	Código*	Coalición / aspectos de oposición			
A	B	C	D				A	B	C	D
Para Xn							Para Yn			
	1			XCa	Actualización, unificación, revisión y universalización del POS	YCa	19			
	2			XCb	Asignar facultades a los concejos territoriales					
	4			XCc	Garantizar la prestación de los servicios de enfermedades de alto costo					
	21, 26			XCd	Sostenibilidad del sistema	YCd	25			
37, 40, 41, 42, 44, 45, 46	29, 31, 34	5, 36	18, 35	XCe	Inclusión de medicamentos, tratamientos, intervenciones quirúrgicas, tecnologías	YCe	21, 25	12, 13, 17		
	23			XCg	Falta de acceso a la información	Y Cf		6	7	
	22, 43			XCh	Fondo de garantía de la salud	YCh				8, 18
	24			XCi	EPS/ARP					
	25, 33			XCj	Propuesta de operativizar el reimen subsidiado					
	12	3, 6, 15		XCk	Fijación de la UPC POS-C y POS-S	YCj	10			
	14			XCm	Cobertura del POS	YK	26			
	11, 19			XCN	Financiación del régimen subsidiado	YCI	20			
		17		XCN	Conformación de comisiones-comités					
					Incorporación de representantes en comité técnico científico					
					Promoción y prevención	YCo		11		
9, 20, 38	28, 30, 31	7		XCp	Sentencias, leyes, artículos y acuerdos del CNSS	YCP		15, 16, 22		
	13			XCq	Trasplantes					
					Manejo de los recursos presupuesto	YCr		14		
					Sistema de medicamentos genéricos	YCs				23
					Sisben	YCi	9			
47	32			XCu	Procedimiento de aspiración al vacío	YCu	24			
		28		XCy	Otros**					

Apoya:

A

i) Las intervenciones quirúrgicas con excepción de las estéticas, o por cáncer que van dentro del nuevo POS-S, ii) inclusión del estrabismo en el POS-S para la población infantil como también de procedimientos o tratamientos médicos con base en criterios técnicos epidemiológicos y económicos, iii) adecuaciones e inclusiones al POS Indígena y iv) la inclusión de la guía de medicamentos en el POS con una serie de recomendaciones y pasos para que sean más entendibles para los profesionales y pacientes para la toma de decisiones.

B

i) Facultar a los Consejos Territoriales para que de acuerdo a sus posibilidades, a la eficiencia hospitalaria y de las instituciones de su región, vayan transformando el POS hasta el nivel máximo de una UPC del régimen contributivo ii) garantizar la prestación de los servicios en caso de enfermedades definidas dentro del POS-S como de alto costo, iii) mejorar la calidad y cantidad de los servicios ofrecidos a los afiliados al Sistema, procurando el equilibrio económico y del sistema iii) que a través de la fundamentación de costo eficiencia por el Comité de Medicamentos se logren inclusiones o no de una molécula o procedimiento al POS iv) creación del FOGASA, que es el Fondo de Garantía de la Salud, al cual ingresen los recursos que no se ejecuten por parte de las ARS, v) elevar la UPC y el POS del Régimen Subsidiado y, vi) modificar algunos artículos del proyecto de Acuerdo con el fin de garantizar que la paciente que se someta a estos procedimientos (Interrupción Voluntaria del Embarazo) genere un soporte de la necesidad legal de realizarlo por parte de las EPS e IPS dentro del POS.

C

i) aumentar los contenidos del POS subsidiado y garantizar la nidez de los recursos para el sistema ii) al cubrimiento de 9.500.000 pobres del POS-S con recursos de UPC sin recurrir a los recursos de la subcuenta de solidaridad, iii) el Acuerdo No. 23 POS-S donde se pretende la posibilidad de dar servicios a la población pobre del país para que haya acceso y cobertura a la gente que no tiene posibilidad de recibir los servicios del tercer nivel, independiente de lo que presenten los estudios económicos iii) que la creación del comité técnico del POS no contemple la presencia de personas que defiendan intereses particulares desde el punto de vista económico, o del impacto de esas inclusiones que se recomiendan y, iv) al Acuerdo por medio del cual se incluye en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado la atención necesaria para la interrupción voluntaria del embarazo.

D

Incluir la prosectomía como otra intervención dentro del POS-S y hacer incorporaciones en el POS de nuevos productos o procedimientos sin aumentar la UPC.

Oposición:

A

i) la inclusión de tratamientos de medicina alternativa ya que sería un riesgo para las EPS y los pacientes, ii) aprobar incremento de la UPC para el Régimen Contributivo y no aprobar incremento para el Régimen Subsidiado, iii) considerar solamente el costo en términos económicos de los medicamentos, iv) la aplicación del Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN), ya que crea dificultades para lograr una rápida cobertura, los aportes para financiar el régimen subsidiado del POS provengan de los pobres, y el aumento de costos para los pacientes, cuando se supere la protección ofrecida y, v) a que se ligue el tema del aspirado al tema del aborto, porque tanto el aspirado como el legrado se usan para hacer tratamiento de residuos que quedan de un aborto incompleto y que puede ser más sano para la mujer el aspirado.

B

i) A la inclusión de antirretrovirales en el manual de medicamentos y terapéutica, mientras no se sustente en el concepto de costo-efectividad, ya que podría dejar de lado muchas enfermedades y patologías como la diarrea, que pueden requerir atención, ii) al manejo de los recursos (reaseguro) a nivel del Ministerio de Salud que crearía costos adicionales y trabas a la gestión, iii) al acuerdo 23 porque "...pretende incrementar las coberturas del POS-S sin que se analice la posibilidad de incrementar la UPC, lo cual es lesivo para las administradoras y, iii) a la falta de información por parte de algunas ARS que no les conviene que se utilicen los servicios, lo cual imposibilita entre otras cosas, el cumplimiento de la Ley 100 para ampliar la cobertura e igualar el contenido del POS subsidiado y contributivo.

C

La falta de información a los usuarios del [Régimen Subsidiado] que pudo haber influido sobre los bajos aumentos de las atenciones hasta mediados de 1996 en Valle.

D

i) La tramitomanía por cuenta del usuario, ya que las EPS se desentenderán de él al no estar comprometidos con el 2 y 3 nivel, exceptuando al binomio madre-hijo, ii) los engaños por parte de las EPS al ofrecer paquetes complementarios demeritando el POS y, iii) al sistema de medicamentos genéricos.

F-2. Ley 1122-07

Coaliciones del CNSSS-CRES, Ley 1122-2007: Aspectos de apoyo y oposición

Coalición / aspectos de apoyo				Código*	Nombre del grupo de aspectos de apoyo / oposición	Código*	Coalición / aspectos de oposición			
A	B	D	E				A	B	D	E
Para Xn							Para Yn			
68	61	50,51	49	XCa	Actualización,unificación, revisión y universalización del POS	YCa				27
65,66,67	52,53,54,55,57,61	60,63		XCe	Inclusión de medicamentos, tratamientos, intervenciones quirurgicas, tecnologías	YCe		29	28	
					Falta de acceso a la información	Y Cf	31			
		48		X Ck	Cobertura del POS					
	56			X Cm	Conformación de comisión-comités					
	62			X Co	Promoción y prevención					
64,68		59		X Cp	Sentencias, leyes, artículos y acuerdos del CNSSS	Y Cp			28	27
	57			X Cr	Manejo de los recursos,presupuesto					
		51		X Cw	Medios de comunicación					
					Otros temas**	Y Cy	30			

Apoya:

A

La inclusión del condón en el Proyecto de Acuerdo por el cual se incluyen los medicamentos anticonceptivos hormonales en el POS-R y POS-S, porque lograrían un efecto adicional desde el punto de vista preventivo contra- las enfermedades y la inclusión de la vasectomía en el POS-S.

B

i) Que se incluya el procedimiento de la vasectomía para RS pleno y que el Comité de Medicamentos haga la respectiva revisión del tema y de su recomendación de inclusión al POS, ii) creación de una Comisión de Estudios Técnicos que se actualice de forma permanente con una metodología de ejecución y revisión en conjunto para actualizar permanentemente el POS y no ser reactivos al tema de la tutelas sino proactivos, iii) inclusión de servicios del POS para diabéticos e hipertensos y el incremento del presupuesto para esas actividades, iv) revisión integral por fases del contenido del POS y, v) revisión de solicitudes de tutelas para estudiar su inclusión o no al POS para que, acorde con la revisión de la evidencia y de la literatura internacional se estudie su inclusión o no.

D

i) ampliación de cobertura en municipios menores de 15 mil habitantes que tienen alto NBI para llegar a cobertura universal, con el fin de lograr impacto en la macroeconomía, ii) revisión integral del POS, en cuanto a su actualización y, iii) inclusión de medicamentos anticonceptivos hormonales en el plan obligatorio de salud del régimen contributivo y del régimen subsidiado.

E

Unificación de los POS y la actualización de procedimientos.

Oposición:

A

La disparidad entre avances médicos y avances jurídicos como componentes del procedimiento de interrupción de embarazo, y a la falta de información por parte de las EPS a los usuarios en cuanto a la real efectividad del método de la vasectomía.

B

Hacer incorporación automática de la última tecnología o asimilar procedimientos a otros cuando no están, como en el caso de tratamientos que están incluidos para el cáncer y asimilarlos a por ejemplo tratamientos estéticos que no están en el POS.

D

Inclusión de innovaciones tecnológicas antes de que se hayan probado en los países desarrollados.

E

i) Atraso en la actualización del POS, en su unificación y, ii) que las EPS, IPS, y profesionales en aras de que el sistema no se desequilibre, continúen trabajando con leyes de hace más de 10 años, con procedimientos anticuados.

F-3. Sentencia T-760-08

Coaliciones del CNSSS-CRES, Sentencia T-760-2008: Aspectos de apoyo y oposición

Coalición / aspectos de apoyo			Código *	Nombre del grupo de aspectos de apoyo / oposición	Código *	Coalición / aspectos de oposición		
A	B	E				B	D	E
Para Xn						Para Yn		
	69, 75	71	XCa	Actualización, unificación, revisión y universalización del POS	YCa			32
	77		XCd	Sostenibilidad del sistema	YCd	1		
				Inclusión de medicamentos, tratamientos, intervenciones	YCe			2
	79		XCj	Fijación de la UPC POS-C y POS-S	YCj	3		
	76		XKk	Cobertura de POS				
		70	XKn	Incorporación de representantes en comité técnico científico				
80	72, 73		XCp	Sentencias, leyes, artículos y acuerdos del CNSSS				
	75		XCr	Manejo de los recursos, presupuesto	YCr	1		
	78		XCv	Recobros en el sistema de salud	Y Cv	4		
	74		XCx	Competencias del consejo				
				Otros**	YCy		5	32

Apoyo:

A

Lo postulado en el primer componente del artículo 172 de la Ley 100 donde se establece que el Consejo no podría recortar el POS porque se estaría modificando ese artículo de la Ley 100.

B

i) Sentencia T- 760 a partir de lo que la Corte ordena, lo que implica la definición de un POS universal, en procesos decisorios que consulten las limitaciones económicas del Estado, ii) la definición de lo que es contenido POS y lo que no es por parte del CNSSS y, iii) la propuesta de mantener el equilibrio, con base en la información disponible con el fin de mantener el POS-UPC.

E

La Implementación de la unificación del POS de forma progresiva.

Opocisión:

B

i) La ortodoxia marcada del semáforo, en razón de los incrementos del IBC que siempre se mueven entre 3 y 10 puntos aproximadamente por encima del incremento del salario mínimo y, ii) incrementar la UPC más que en el IPC, y revisar cómo reducir el contenido del POS.

D

A los grandes vacíos que hay respecto al tema de formulación comercial para el Sistema, ahondados por la ausencia de listados de precios de referencias para las tutelas.

E

La falta de claridad y transparencia sobre lo que está y lo que no está incluido en el POS.

F-4. Ley emergencia social-09

Coaliciones del CNSSS-CRES, Emergencia social-2009: Aspectos de apoyo

Código*	Nombre del grupo de aspectos de apoyo	Coalición			
		A	B	C	F
		Para Xn			
XRa	Actualización, unificación, revisión y universalización del POS		86, 87, 90	82, 83, 84	95
XRf	Falta de acceso a la información		89		
XRj	Fijación de la UPC POS-C y POS-S		89		
XRp	Sentencias, leyes, artículos y acuerdos del CNSSS	94	81, 91	82, 85	
XRr	Manejo de los recursos, presupuesto		92		
XRz	Pruebas piloto		88		

Apoyo:

A

Que el proyecto de Acuerdo de actualización de los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado vaya en la dirección que lleva para dar respuesta a la Orden 17 de la Corte Constitucional sobre la actualización integral del POS.

B

La realización de prueba piloto en la ciudad de Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla para la unificación de los planes de beneficios de los regímenes Contributivo y Subsidiado, ii) que a los diferentes actores se les aclare qué se está incorporando en el POS y, iii) metodología y los estudios necesarios para actualizar el POS del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia.

C

Al cumplimiento de la corte respecto a la actualización de los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado ii) los avances del proceso de actualización del POS y definición de la ejecución del contrato número 40 de 2010 suscrito por la UAE CRES con la Universidad Nacional para la actualización del POS y el cálculo de la UPC 2011 y, iii) verificación de los cuatro criterios de Ley para la actualización de los contenidos del POS, que son: los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras.

F

Determinar qué tipo de POS necesita el país, teniendo en cuenta las necesidades reales de la población, siendo coherentes con el concepto de atención primaria en salud.

**G. Razones de apoyo/oposición
actores externos al CNSSS/CRES**

G-1: Ley 100-93

Razones interpuestas por coaliciones: actores externos al CNSSS-CRES (Ley 100-93)

RAZONES INTERPUESTAS POR COALICIONES: ACTORES EXTERNOS AL CNSSS-CRES (LEY 100-93)											
Coalición / razones de apoyo			% del total de las coaliciones de apoyo	Código*	Nombre del grupo de razones de apoyo (soluciones a) / oposición (por problemas relacionados con)	Código*	Coalición / razones de oposición				% del total de las coaliciones de oposición
B: Salud como factor económico	D: Salud como derecho y demás**	F: Factor técnico científico					A: Inclusiones / Exclusiones	B: Salud como factor económico	D: Salud como derecho y demás**	F: Factor técnico científico	
14,3%	33,3%	0,0%	20,0%	NS / NR	NS / NR	NS / NR	0,0%	100,0%	42,9%	100,0%	41,7%
0,0%	16,7%	0,0%	6,7%	rEa	Cobertura por perfil epidemiológico, carga de enfermedad y patologías						
0,0%	16,7%	50,0%	13,3%	rEb	Avances en ciencia, tecnología y sistema de salud	rEb	0,0%	0,0%	14,3%	0,0%	8,3%
0,0%	16,7%	50,0%	13,3%	rEc	Necesidades de la población	rEc	0,0%	0,0%	14,3%	0,0%	8,3%
71,4%	0,0%	0,0%	33,3%	rEd	Sostenibilidad del sistema: costo-beneficio						
					Medicamentos	rEe	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%
14,3%	0,0%	0,0%	6,7%	rEf	Mejoramiento de la cobertura del pos	rEf	0,0%	0,0%	14,3%	0,0%	8,3%
0,0%	16,7%	0,0%	6,7%	rEg	Universalidad y equidad						
					Cumplimiento de órdenes, leyes, sentencias, decretos	rEn	0,0%	0,0%	14,3%	0,0%	8,3%
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	% del total de razones por coalición			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
46,7%	40,0%	13,3%	100,0%	% del total de razones			25,0%	8,3%	58,3%	8,3%	100,0%

G-2. Ley 1122-07

Razones interpuestas por coaliciones: actores externos al CNSSS-CRES (Ley 1122-07)

RAZONES INTERPUESTAS POR COALICIONES: ACTORES EXTERNOS AL CNSSS-CRES (LEY 1122-07)								
Coalición / razones de apoyo			% del total de las coaliciones de apoyo	Código*	Nombre del grupo de razones de apoyo (soluciones a) / oposición (por problemas relacionados con)	Código*	Coalición / razones de oposición	
B: Salud como factor económico	D: Salud como derecho y demás**	I: Otros***					D: Salud como derecho y demás**	% del total de las coaliciones de oposición
0,0%	66,7%	100,0%	63,6%	NS / NR	NS / NR	NS / NR	40,0%	40,0%
100,0%	0,0%	0,0%	9,1%	rEf	Mejoramiento de la cobertura del POS			
0,0%	11,1%	0,0%	9,1%	rEg	Universalidad y equidad			
					Cambios en el sistema de salud	rEh	20,0%	20,0%
0,0%	11,1%	0,0%	9,1%	rEi	Tutelas, tramitomanía y tiempos de espera (resolver)			
0,0%	11,1%	0,0%	9,1%	rEj	Derecho a la salud y beneficios para los colombianos	rEj	20,0%	20,0%
					Enfermedades de alto costo	rEI	20,0%	20,0%
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	% del total de razones por coalición			100,0%	100,0%
9,1%	81,8%	9,1%	100,0%	% del total de razones			100,0%	100,0%
N=11							N=5	

G-3.Sentencia T-760-08

Razones interpuestas por coaliciones: actores externos al CNSSS-CRES (Sentencia T-760-08)

RAZONES INTERPUESTAS POR COALICIONES: ACTORES EXTERNOS AL CNSSS-CRES (SENTENCIA T-760-08)												
Coalición / razones de apoyo					Código*	Nombre del grupo de razones de apoyo (soluciones a) / oposición (por problemas relacionados con)	Código*	Coalición / razones de oposición				% del total de las coaliciones de oposición
B: Salud como factor económico	E: Unificación e igualdad del POS	H: Restantes**	J: Salud como derecho y perfil epidemiológico	% del total de las coaliciones de apoyo				B: Salud como factor económico	E: Unificación e igualdad del POS	H: Restantes**	J: Salud como derecho y perfil epidemiológico	
0,0%	0,0%	46,2%	0,0%	25,0%	NS / NR	NS / NR	NS / NR	33,3%	0,0%	25,0%	0,0%	20,0%
0,0%	0,0%	7,7%	0,0%	4,2%	rEa	Cobertura por perfil epidemiológico, carga de enfermedad y patologías	rEa	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	13,3%
0,0%	0,0%	7,7%	0,0%	4,2%	rEc	Necesidades de la población						
60,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%	rEd	Sostenibilidad del sistema: costo-beneficio	rEd	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%
20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,2%	rEe	Medicamentos						
0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	4,2%	rEf	Mejoramiento de la cobertura del pos						
0,0%	0,0%	15,4%	0,0%	8,3%	rEg	Universalidad y equidad	rEg	0,0%	0,0%	12,5%	0,0%	6,7%
0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	4,2%	rEh	Cambios en el sistema de salud						
0,0%	0,0%	0,0%	40,0%	8,3%	rEj	Derecho a la salud y beneficios para los colombianos	rEj	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	6,7%
20,0%	100,0%	0,0%	0,0%	8,3%	rEm	Regulación del derecho a la salud						
						Cumplimiento de órdenes, leyes, sentencias, decretos	rEn	33,3%	0,0%	12,5%	0,0%	13,3%
0,0%	0,0%	7,7%	0,0%	4,2%	rEo	Respaldo a la corte const: especificación del pos y no pos	rEo	0,0%	0,0%	12,5%	66,7%	20,0%
0,0%	0,0%	15,4%	0,0%	8,3%	rEp	Respaldo a la corte const: sobre igualdad del pos	rEp	0,0%	100,0%	12,5%	0,0%	13,3%
0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	4,2%	rEt	Otras razones***						
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	% del total de razones por coalición			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
20,8%	4,2%	54,2%	20,8%	100,0%	% del total de razones			20,0%	6,7%	53,3%	20,0%	100,0%
N=24								N=15				

G-4. Emergencia social- 09

Razones interpuestas por coaliciones: actores externos al CNSSS-CRES (Emergencia social – 09)

RAZONES INTERPUESTAS POR COALICIONES:ACTORES EXTERNOS AL CNSSS-CRES (EMERGENCIA SOCIAL -09)										
Coalición / razones de apoyo			% del total de las coaliciones de apoyo	Código*	Nombre del grupo de razones de apoyo (soluciones a) / oposición (por problemas relacionados con)	Código*	Coalición / razones de oposición			% del total de las coaliciones de oposición
B: Salud como factor económico	G: Salud como derecho	H: Restantes**					B: Salud como factor económico	G: Salud como derecho	H: Restantes**	
46,2%	0,0%	33,3%	36,8%	NS / NR	NS / NR	NS / NR	0,0%	12,5%	12,5%	11,5%
					Necesidades de la población	rEc	0,0%	6,3%	0,0%	3,8%
					Medicamentos	rEe	0,0%	0,0%	12,5%	3,8%
0,0%	0,0%	33,3%	5,3%	rEf	Mejoramiento de la cobertura del POS					
7,7%	0,0%	0,0%	5,3%	rEg	Universalidad y equidad	rEg	0,0%	6,3%	0,0%	3,8%
7,7%	0,0%	0,0%	5,3%	rEi	Tutelas, tramitomanía y tiempos de espera (resolver)					
0,0%	33,3%	0,0%	5,3%	rEj	Derecho a la salud y beneficios para los colombianos	rEj	0,0%	31,3%	0,0%	19,2%
7,7%	0,0%	33,3%	10,5%	rEk	Crisis del sistema de salud	rEk	0,0%	6,3%	12,5%	7,7%
					Enfermedades de alto costo	rEI	50,0%	0,0%	0,0%	3,8%
15,4%	66,7%	0,0%	21,1%	rEn	Cumplimiento de órdenes, leyes, sentencias, decretos					
					Respaldo a la corte const: especificación del POS y no POS	rEo	50,0%	6,3%	0,0%	7,7%
7,7%	0,0%	0,0%	5,3%	rEq	Recobros por medicamentos no POS	rEq	0,0%	6,3%	0,0%	3,8%
					Afecta la calidad de los servicios de salud	rEr	0,0%	18,8%	12,5%	15,4%
					Restricción de la ética médica y sanción económica a los médicos	rEs	0,0%	0,0%	50,0%	15,4%
7,7%	0,0%	0,0%	5,3%	rEt	Otras razones***	rEt	0,0%	6,3%	0,0%	3,8%
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	% del total de razones por coalición			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
68,4%	15,8%	15,8%	100,0%	% del total de razones			7,7%	61,5%	30,8%	100,0%

H. Recursos/propuestas actores externos al CNSSS/CRES

H-1. Ley 100-93

Recursos / Propuestas interpuestas por coaliciones: actores externos al CNSSS-CRES (Ley 100-93)

RECURSOS / PROPUESTAS INTERPUESTAS POR COALICIONES: ACTORES EXTERNOS AL CNSSS-CRES (LEY 100-93)						
Código*	Nombre del grupo	Coaliciones				% del total de las coaliciones
		A: Inclusiones / Exclusiones	B: Salud como factor económico	D: Salud como derecho y demás**	F: Factor técnico científico	
RECURSOS						
NS / NR	NS / NR	0,0%	0,0%	6,7%	0,0%	3,4%
REb	Participación debate en el congreso	0,0%	0,0%	20,0%	0,0%	10,3%
REc	Opinión pública	100,0%	87,5%	53,3%	100,0%	72,4%
REd	Basado en conceptos y estudios no propios, circulares y leyes	0,0%	0,0%	13,3%	0,0%	6,9%
REe	Presentación de estudios e informes de investigación propios	0,0%	0,0%	6,7%	0,0%	3,4%
REI	Presentar peticiones	0,0%	12,5%	0,0%	0,0%	3,4%
% del total de recursos por coalición		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% del total de recursos		11,1%	29,6%	55,6%	11,1%	107,4%
PROPUESTAS						
NS / NR	NS / NR	33,3%	14,3%	11,8%	0,0%	12,8%
PEa	De carácter financiero	33,3%	50,0%	17,6%	20,0%	30,8%
PEb	Inclusión exclusión / unificación y actualización	33,3%	14,3%	23,5%	20,0%	20,5%
PEc	Campañas médicas / capacitación	0,0%	0,0%	5,9%	0,0%	2,6%
PEd	Conform. De mediadores / estudios técnicos	0,0%	7,1%	0,0%	0,0%	2,6%
PEf	Garantías del servicio	0,0%	7,1%	5,9%	0,0%	5,1%
PEg	De carácter normativo	0,0%	0,0%	5,9%	0,0%	2,6%
PEh	Otras propuestas***	0,0%	7,1%	5,9%	0,0%	5,1%
PEi	Cobertura del POS	0,0%	0,0%	5,9%	0,0%	2,6%
PEj	Técnico científico	0,0%	0,0%	11,8%	60,0%	12,8%
PEm	Perfil epidemiológico según necesidades de la población	0,0%	0,0%	5,9%	0,0%	2,6%
% del total de las propuestas por coalición		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% del total de propuestas		11,1%	51,9%	63,0%	18,5%	144,4%

H-2. Ley 1122-07

Recursos/Propuestas interpuestas por coaliciones: actores externos al CNSSS-CRES (Ley 1122-07)

RECURSOS / PROPUESTAS INTERPUESTAS POR COALICIONES: ACTORES EXTERNOS AL CNSSS-CRES (LEY 1122-07)				
Código*	Nombre del grupo	Coaliciones		% del total de las coaliciones
		B: Salud como factor económico	I: Otros**	
RECURSOS				
REb	Participación debate en el congreso	100,0%	0,0%	93,8%
REg	Formulación y gestión de proyectos de ley	0,0%	100,0%	6,3%
% del total de recursos por coalición		100,0%	100,0%	100,0%
% del total de recursos		6,3%	6,3%	100,0%
PROPUESTAS				
PEa	De carácter financiero	100,0%	0,0%	30,0%
PEb	Inclusión exclusión / unificación y actualización	0,0%	0,0%	35,0%
PEe	Frente a quejas a las eps/ars	0,0%	0,0%	5,0%
PEf	Garantías del servicio	0,0%	0,0%	5,0%
PEg	De carácter normativo	0,0%	100,0%	15,0%
PEh	Otras propuestas***	0,0%	0,0%	5,0%
PEi	Cobertura del POS	0,0%	0,0%	5,0%
% del total de las propuestas por coalición		100,0%	100,0%	100,0%
% del total de propuestas		6,3%	6,3%	125,0%
N=16				

H-3. Sentencia T-760-08

Recursos / Propuestas interpuestas por coaliciones: actores externos al CNSSS-CRES (Sentencia T-760-08)

RECURSOS / PROPUESTAS INTERPUESTAS POR COALICIONES: ACTORES EXTERNOS AL CNSSS-CRES (SENTENCIA T-760-08)						
Código*	Nombre del grupo	Coaliciones				% del total de las coaliciones
		B: Salud como factor económico	E: Unificación e igualdad del POS	H: Restantes**	J: Salud como derecho y perfil epidemiológico	
RECURSOS						
REc	Opinión pública	80,0%	100,0%	81,8%	100,0%	85,7%
REe	Presentación de estudios e informes de investigación propios	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%
REf	Uso de facultades legales (MinProtección)	0,0%	0,0%	4,5%	0,0%	2,4%
REg	Formulación y gestión de proyectos de ley	0,0%	0,0%	4,5%	0,0%	2,4%
REn	Otros recursos***	10,0%	0,0%	9,1%	0,0%	7,1%
% del total de recursos por coalición		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% del total de recursos		24,4%	4,9%	53,7%	19,5%	102,4%
PROPUESTAS						
NS / NR	NS / NR	0,0%	50,0%	26,7%	25,0%	20,0%
PEa	De carácter financiero	33,3%	0,0%	23,3%	0,0%	21,8%
PEb	Inclusión exclusión / unificación y actualización	26,7%	0,0%	26,7%	12,5%	23,6%
PEc	Campañas médicas / capacitación	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%	1,8%
PEd	Conform. De mediadores / estudios técnicos	0,0%	50,0%	3,3%	0,0%	3,6%
PEe	Frente a quejas a las EPS/ARS	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%
PEf	Garantías del servicio	6,7%	0,0%	3,3%	25,0%	7,3%
PEg	De carácter normativo	13,3%	0,0%	0,0%	0,0%	3,6%
PEh	Otras propuestas***	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	1,8%
PEi	Cobertura del POS	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%
PEj	Técnico científico	0,0%	0,0%	6,7%	12,5%	5,5%
PEl	De tipo administrativo	6,7%	0,0%	3,3%	0,0%	3,6%
PEm	Perfil epidemiológico según necesidades de la población	0,0%	0,0%	3,3%	12,5%	3,6%
% del total de las propuestas por coalición		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% del total de propuestas		36,6%	4,9%	73,2%	19,5%	134,1%
N=41						

H-4. Emergencia social-09

Recursos/Propuestas interpuestas por coaliciones: actores externos al CNSSS-CRES (Emergencia social – 09)

RECURSOS / PROPUESTAS INTERPUESTAS POR COALICIONES: ACTORES EXTERNOS AL CNSSS-CRES (EMERGENCIA SOCIAL-09)					
Código*	Nombre del grupo	Coaliciones			% del total de las coaliciones
		B: Salud como factor económico	G: Salud como derecho	H: Restantes**	
RECURSOS					
NS / NR	NS / NR	4,8%	0,0%	0,0%	1,9%
REc	Opinión pública	66,7%	59,1%	90,9%	68,5%
REd	Basado en conceptos y estudios no propios, circulares y leyes	0,0%	4,5%	0,0%	1,9%
REh	Comunicados de prensa y denuncias públicas	9,5%	13,6%	0,0%	9,3%
REi	Expedir decretos y sentencias	9,5%	4,5%	0,0%	5,6%
REj	Emisión de documentos y cartas	4,8%	9,1%	9,1%	7,4%
REk	Publicaciones	4,8%	0,0%	0,0%	1,9%
REl	Presentar peticiones	0,0%	4,5%	0,0%	1,9%
REm	Movilizaciones sociales	0,0%	4,5%	0,0%	1,9%
% del total de recursos por coalición		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% del total de recursos		40,4%	42,3%	21,2%	103,8%
PROPUESTAS					
NS / NR	NS / NR	17,1%	42,9%	43,8%	30,6%
PEa	De carácter financiero	37,1%	9,5%	18,8%	25,0%
PEb	Inclusión exclusión / unificación y actualización	17,1%	4,8%	12,5%	12,5%
PEc	Campañas médicas / capacitación	2,9%	0,0%	0,0%	1,4%
PEd	Conform. De mediadores / estudios técnicos	5,7%	4,8%	12,5%	6,9%
PEe	Frente a quejas a las EPS/ARS	5,7%	0,0%	0,0%	2,8%
PEg	De carácter normativo	2,9%	28,6%	6,3%	11,1%
PEh	Otras propuestas***	5,7%	4,8%	6,3%	5,6%
PEi	Cobertura del POS	2,9%	4,8%	0,0%	2,8%
PEj	Técnico científico	2,9%	0,0%	0,0%	1,4%
% del total de las propuestas por coalición		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% del total de propuestas		67,3%	40,4%	30,8%	138,5%
N=52					

I. Recursos/propuestas actores CNSSS/CRES

I-1. Ley 100-93

Recursos / Propuestas interpuestas por coaliciones: CNSSS-CRES (Ley 100-93)

RECURSOS / PROPUESTAS INTERPUESTAS POR COALICIONES: CNSSS-CRES (LEY 100-93)						
Código*	Nombre del grupo	Coaliciones				% del total de las coaliciones
		A: Inclusiones / Exclusiones	B: Salud como factor económico	C: Actualización y cobertura	D: Salud como derecho y demás**	
RECURSOS						
NS / NR	NS / NR	82,8%	56,7%	66,7%	80,0%	69,9%
RCa	Estudios, análisis e informes de investigación propios	6,9%	13,3%	0,0%	0,0%	8,2%
RCb	Basado en conceptos y estudios no propios, circulares y leyes	6,9%	16,7%	11,1%	0,0%	11,0%
RCc	Emisión de documentos	0,0%	3,3%	11,1%	0,0%	2,7%
RCd	Acudir a mediador de conflictos	3,4%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%
RCe	Solicitudes de carácter legal	0,0%	6,7%	11,1%	0,0%	4,1%
RCf	Presentar peticiones	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	1,4%
RCg	Consejeros y asesores de investigación	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	1,4%
% del total de recursos por coalición		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% del total de los recursos		40,8%	42,3%	12,7%	7,0%	102,8%
PROPUESTAS						
NS / NR	NS / NR	11,4%	9,1%	0,0%	20,0%	9,3%
PCa	De carácter financiero	28,6%	42,4%	38,5%	20,0%	34,9%
PCb	Inclusión / exclusión y unificación / actualización	20,0%	9,1%	15,4%	20,0%	15,1%
PCc	Campañas médicas / capacitación	0,0%	3,0%	0,0%	0,0%	1,2%
PCd	Confor. De mediadores / estudios técnicos	17,1%	12,1%	15,4%	0,0%	14,0%
PCe	Frente a quejas a las EPS y a las ARS	0,0%	6,1%	0,0%	20,0%	3,5%
PCf	Garantías al servicio	2,9%	6,1%	23,1%	0,0%	7,0%
PCg	De carácter normativo	2,9%	6,1%	7,7%	0,0%	4,7%
PCb	Otras propuestas***	2,9%	0,0%	0,0%	20,0%	2,3%
PCi	Cobertura del POS	2,9%	3,0%	0,0%	0,0%	2,3%
PCj	Técnicos científico	11,4%	0,0%	0,0%	0,0%	4,7%
PCI	De tipo administrativo	0,0%	3,0%	0,0%	0,0%	1,2%
% del total de las propuestas por coalición		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% del total de las propuestas		49,3%	46,5%	18,3%	7,0%	121,1%
N=71						

I-2. Ley 1122-07

Recursos / Propuestas interpuestas por coaliciones: CNSSS-CRES (Ley 1122-07)

RECURSOS / PROPUESTAS INTERPUESTAS POR COALICIONES: CNSSS-CRES (LEY 1122-07)						
Código*	Nombre del grupo	Coaliciones				% del total de las coaliciones
		A: Inclusiones / Exclusiones	B: Salud como factor económico	D: Salud como derecho y demás**	E: Unificación / igualación	
RECURSOS						
NS / NR	NS / NR	85,7%	70,0%	71,4%	100,0%	76,9%
RCa	Estudios, análisis e informes de investigación propios	14,3%	20,0%	14,3%	0,0%	15,4%
RCb	Basado en conceptos y estudios no propios, circulares y leyes	0,0%	0,0%	14,3%	0,0%	3,8%
RCe	Solicitudes de carácter legal	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%	3,8%
% del total de recursos por coalición		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% del total de los recursos		26,9%	38,5%	26,9%	7,7%	100,0%
PROPUESTAS						
NS / NR	NS / NR	11,1%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%
PCa	De carácter financiero	0,0%	12,5%	0,0%	20,0%	7,5%
PCb	Inclusión / exclusión y unificación / actualización	55,6%	25,0%	40,0%	40,0%	37,5%
PCc	Campañas médicas / capacitación	11,1%	6,3%	0,0%	0,0%	5,0%
PCd	Confor. De mediadores / estudios técnicos	11,1%	18,8%	0,0%	0,0%	10,0%
PCf	Garantías al servicio	0,0%	0,0%	10,0%	0,0%	2,5%
PCg	De carácter normativo	11,1%	0,0%	20,0%	0,0%	7,5%
PCh	Otras propuestas***	0,0%	6,3%	0,0%	0,0%	2,5%
PCi	Cobertura del POS	0,0%	0,0%	20,0%	0,0%	5,0%
PCj	Técnicos científico	0,0%	6,3%	10,0%	40,0%	10,0%
PCk	Competencias del consejo	0,0%	18,8%	0,0%	0,0%	7,5%
PCI	De tipo administrativo	0,0%	6,3%	0,0%	0,0%	2,5%
% del total de las propuestas por coalición		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% del total de las propuestas		34,6%	61,5%	38,5%	19,2%	153,8%
N=26						

I-3. Sentencia T-760-08

Recursos / Propuestas interpuestas por coaliciones: CNSSS-CRES (Sentencia T-760-08)

RECURSOS / PROPUESTAS INTERPUESTAS POR COALICIONES: CNSSS-CRES (SENTENCIA-T-760-08)						
Código*	Nombre del grupo	Coaliciones				% del total de las coaliciones
		A: Inclusiones / Exclusiones	B: Salud como factor económico	D: Salud como derecho y demás**	E: Unificación / igualdad	
RECURSOS						
NS / NR	NS / NR	0,0%	0,0%	50,0%	33,3%	13,0%
RCa	Estudios, análisis e informes de investigación propios	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	34,8%
RCb	Basado en conceptos y estudios no propios, circulares y leyes	100,0%	7,1%	0,0%	16,7%	13,0%
RCe	Solicitudes de carácter legal	0,0%	7,1%	0,0%	16,7%	8,7%
RCf	Presentar peticiones	0,0%	7,1%	0,0%	0,0%	4,3%
RCg	Consejeros y asesores de investigación	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	8,7%
RCh	Utilización de medios electrónicos y bases de datos	0,0%	7,1%	0,0%	0,0%	4,3%
RCi	Solicitud cumplimiento Sentencia T-760 (progresividad del POS)	0,0%	21,4%	0,0%	0,0%	13,0%
% del total de recursos por coalición		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
& del total de los recursos		5,3%	73,7%	10,5%	31,6%	121,1%
PROPUESTAS						
NS / NR	NS / NR	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	3,8%
PCa	De carácter financiero	0,0%	55,6%	0,0%	0,0%	38,5%
PCb	Inclusión / exclusión y unificación / actualización	0,0%	5,6%	0,0%	40,0%	11,5%
PCc	Campañas médicas / capacitación	100,0%	0,0%	50,0%	0,0%	7,7%
PCd	Confor. De mediadores / estudios técnicos	0,0%	11,1%	0,0%	0,0%	7,7%
PCe	Frente a quejas a las EPS y a las ARS	0,0%	5,6%	50,0%	0,0%	7,7%
PCg	De carácter normativo	0,0%	22,2%	0,0%	0,0%	15,4%
PCh	Otras propuestas***	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	3,8%
PCk	Competencias del consejo	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	3,8%
% del total de las propuestas por coalición		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% del total de las propuestas		5,3%	94,7%	10,5%	26,3%	136,8%
N=19						

I-4. Emergencia social-09

Recursos / Propuestas interpuestas por coaliciones: CNSSS-CRES (Emergencia social - 09)

RECURSOS / PROPUESTAS INTERPUESTAS POR COALICIONES: CNSSS-CRES (EMERGENCIA SOCIAL-09)						
Código*	Nombre del grupo	Coaliciones				% del total de las coaliciones
		A: Inclusiones / Exclusiones	B: Salud como factor económico	C: Actualización y cobertura	F: Factor técnico científico	
RECURSOS						
NS / NR	NS / NR	50,0%	55,6%	25,0%	0,0%	41,2%
RRa	Estudios, análisis e informes de investigación propios -CRES-	0,0%	22,2%	50,0%	50,0%	29,4%
RRb	Basado en conceptos y estudios no propios, circulares y leyes -CRES-	0,0%	22,2%	0,0%	50,0%	17,6%
RRh	Utilización de medios electrónicos y bases de datos -CRES-	50,0%	0,0%	25,0%	0,0%	11,8%
% del total de recursos por coalición		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% del total de recursos		11,8%	52,9%	23,5%	11,8%	100,0%
PROPUESTAS						
PRa	De carácter financiero -CRES-	0,0%	33,3%	25,0%	50,0%	30,0%
PRb	Inclusión / exclusión y unificación / actualización -CRES-	50,0%	33,3%	50,0%	50,0%	40,0%
PRd	Confor. De mediadores / estudios técnicos -CRES-	50,0%	16,7%	0,0%	0,0%	15,0%
PRg	De carácter normativo -CRES-	0,0%	16,7%	25,0%	0,0%	15,0%
% del total de las propuestas por coalición		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% del total de las propuestas		11,8%	70,6%	23,5%	11,8%	117,6%
N=17						

Bibliografía

Fuentes secundarias

- Abad, H. (14 de Diciembre de 2009). *Pronunciamento sobre la Declaratoria de Emergencia Social en Salud*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de Universidad de Antioquia: http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/EmergenciaSocial_FacNalSaludPublicaUdeAntioquia.pdf
- Abrantes, R. (2010). *Salubristas y neosalubristas en la reforma del Estado. Grupos de interés en México e instituciones públicas de salud, 1982-2000* (1ª ed.). Zamora, Michoacán: El colegio de Michoacán, A.C.
- Albi, E., Contreras, C., González-Páramo, J., & Zubiri, I. (1992). *Teoría de la hacienda pública* (1ª ed.). Barcelona: Editorial Ariel.
- Alvis, N (2010). La protección del derecho a la salud en Colombia y la Sentencia T-760 de 2008. (S. Franco, Ed.) *Cuadernos del Doctorado en Salud Pública*(11), 27-44.
- Alonso, J. (1996). Cultura política y partidos en México. En E. Kroz, *El estudio de la cultura política en México (Perspectivas disciplinarias y actores políticos)* (1ª ed., págs. 187-214). México D.F: Centro de investigaciones y estudios superiores en Antropología social.
- Anderson, J. E. (1979). *Public policy making* (3ª ed.). (H. M. Div, Ed.)
- Andia, O. (29 de Diciembre de 2009). *Acuerdo 8 de 2009 de la CRES no modifica listado de medicamentos incluidos en el POS*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de Federación Médica Colombiana: http://www.med-informatica.net/BIS/BisBcm01de2010_29dic09a03ene10.htm
- Andia, T. (04 de Enero de 2010). *Reflexiones sobre un estudio de HAI que muestra en Colombia la "marca original" más cara del mundo y una opción "genérica" entre las más económicas*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de Federación Médica Colombiana: http://www.med-informatica.net/BIS/BisBcm02de2010_04a10ene10.htm
- _____ (10 de Febrero de 2010). *Sistema de salud Colombiano está en cuidados intensivos*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de Observatorio del Medicamento y la Federación Médica Colombiana: http://www.med-informatica.net/BIS/BisBcm07de2010_08a14feb10.htm

- Arboleda, J. C. (02 de Febrero de 2010). *Control a precios de medicamentos más recobrados: tardío e insuficiente*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de El Pulso: <http://www.periodicoelpulso.com/html/1002feb/observa/monitoreo.htm>
- Ardón, N. (11 de Febrero de 2010). *Los decretos de Emergencia Social refuerzan la inequidad social y atentan contra el desarrollo del las ciencias de la salud*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/ES_ProfesoresPosgradosAdministracionSaludSeguridadSocialUJaveriana.pdf
- Bedoya, M. R. (julio-diciembre de 2009). Las potencialidades del institucionalismo histórico centrado en los actores para el análisis de la política. *Contingentes de trabajadores extranjeros en España*. *Estudios Políticos*, 33-58.
- Beltrán, U. (08 de Julio de 2013). *Otro "momento de verdad"*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2013, de El heraldo.co: <http://www.elheraldo.co/opinion/columnistas/otro-momento-de-verdad-116613>
- Bourdieu, P. (2001). *Poder, derecho y clases sociales* (2ª ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Braun, D. (1999). Interests or ideas? An overview of ideational concepts in Public Policy Research. En D. Braun , & A. Bush, *Public policy and political ideas*. Massachusetts: Edward Elgar.
- Brewer , G., & DeLeón, P. (1983). *The foundation of policy analysis*. Monterrey CA: Brooks/Cole.
- Cáceres, P. (2003). *Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable*. *Revista psicoperspectivas*. Recuperado el 11 de Agosto de 2014, de Revista de Escuela de Psicología, Facultad de Filosofía y Educación, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso: <https://www.google.com.co/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=pablo%20caceres%20 analisis%20cualitativo%20de%20contenido>.
- Carbó, T. (1996). Sobre porqué hacer un estudio de discurso parlamentario en un régimen presidencialista. En E. Krotz, *El estudio de la cultura política en México (Perspectivas disciplinarias y actores políticos)* (1ª ed., págs. 215-247). México D.F: Centro de investigaciones y estudios superiores en Antropología social.
- Cardona, Á. (1995). *Historia, ciencia y salud-enfermedad*. Santafé de Bogotá: Zeus.
- Castaño, R. (diciembre de 2004). ¿El POS que queremos, o el POS que podemos pagar? *Vía salud* (25), 1-25.
- Champagne, P. (2010). La caída. En P. Bourdieu, *La miseria del mundo* (1ª ed.). Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- _____ (2010a). La visión mediática. En P. Bourdieu, *La miseria del mundo* (1ª ed.). Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- _____ (2010b). La visión del Estado. En P. Bourdieu, *La miseria del mundo* (1ª ed.). Argentina: Fondo de Cultura Económica.

- Colciencias. (04 de agosto de 2008). Convocatoria 469. Elaboración de una guía metodológica para la elaboración de guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Obtenido de <http://www.colciencias.gov.co/convocatoria/convocatoria-para-la-elaboraci-n-de-una-gu-metodol-gica-para-el-desarrollo-de-gu-de-pr>
- Coronell, D. (30 de Enero de 2010). *¿Dónde está la bolita?* Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de Semana: <http://www.semana.com/opinion/articulo/donde-esta-bolita/112539-3>
- Correa, J. (11 de Febrero de 2010). *Medicinas suben por falta de competencia y precios libres*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-3833824>
- _____ (20 de Febrero de 2010a). *Iglesia pide competencia para bajar precios de medicinas en Colombia*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://www.portafolio.co/archivo/documento/CMS-7298011>
- _____ (12 de Octubre de 2010b). *Actualizar el plan obligatorio de salud es prioridad de la Comisión de Regulación de Salud*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2013, de Portafolio.co: <http://www.portafolio.co/archivo/documento/CMS-8128712>
- _____ (12 de Septiembre de 2013). *La salud vive una quiebra sectorial: ministro de Salud*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2013, de Portafolio.co: <http://www.portafolio.co/economia/la-salud-vive-una-quiebra-sectorial-ministro-salud>
- Cortés, C. (11 de Febrero de 2010). *El peso de los medicamentos en la Emergencia Social*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://lasillavacia.com/historia/6657>
- _____ (15 de Febrero de 2010a). *Los poderosos sostienen a Palacio*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de La silla Vacía: <http://lasillavacia.com/historia/6820>
- _____ (23 de Febrero de 2010b). *Después del 'show' mediático del Gobierno, nada cambia en la emergencia social*. Recuperado el 25 de Febrero de 2010, de La silla vacía: <http://lasillavacia.com/historia/7059>
- De Souza, M. C. (2010). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde* (12.^a Edicao ed.). Sao Paulo: Editora Hucitec.
- Defensoría del Pueblo. (2007). *La tutela y el derecho a la salud periodo 2003-2005*. Recuperado el 7 de Marzo de 2014, de http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/tutela_salud.pdf
- _____ (2009). *La tutela y el derecho a la salud, Periodo 2006-2008*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de http://www.semana.com/documents/Doc-1959_2009924.pdf
- _____ (2010) *La tutela y el derecho a la salud 2009*. Recuperado el 10 de Octubre de 2013, de La tutela y el derecho a la salud: <http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/tutelaSalud.pdf>
- _____ (2011). *La tutela y el derecho a la salud-2010*. Recuperado el 7 de Marzo de 2014, de http://www.defensoria.org.co/red/usuarios/prensa/images/pdf/1324_1310582146.pdf

- _____ (2013). *La tutela y el derecho a la salud 2012*. Recuperado el 7 de Marzo de 2014, de <http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/tutelaDerechoSalud2012.pdf>
- _____ (s.f). *La tutela y el derecho a la salud 1999-2003*. Recuperado el 7 de Marzo de 2014, de http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/informe_106.pdf
- Departamento Nacional de Planeación [DNP]. (1987). *Programas sectoriales para el desarrollo social*. Obtenido de https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/GCRP/PND/Barco_Programas_Sector_Dllo_Social.pdf
- Díaz de Rada, V. (2002). *Técnicas de análisis multivariante para investigación social y comercial*. Madrid: RA-MA editorial.
- Easton, D. (1965). *A framework for political analysis*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- _____ (1965a). *A systems analysis of political life*. New York: Wiley.
- Enthoven, A. (1988). *Managed competition: an agenda for action*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de Health Affairs (Millwood), 1988. 7(3): p. 25-47: <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/citation/7/3/25>.
- _____ (1993). *The history and principle of managed competition*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de Health Affairs (Millwood), 1993.12 Suppl: p. 24-48: http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/12/suppl_1/24.
- Estévez, A., & Esper, S. (2007). *El enfoque de las coaliciones defensoras en políticas públicas*. Obtenido de Cuadernos del Instituto AFIP.: <http://www.polipub.org/documentos/coaliciones%20defensoras.pdf>
- Farfán, G. (2007). El nuevo institucionalismo histórico y las políticas sociales. Polis, 3(1), 87-124. Recuperado el 9 de Octubre de 2014, de <http://www.redalyc.org/pdf/726/72630105.pdf>
- Fischer, F. (2003). *Reframing public policy. Discursive politics and deliberate practice*. New York: Oxford University Press.
- Foucault, M. (2010). *Nacimiento de la biopolítica* (1ª ed.). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Franco, S. (28 de Enero de 2010). *Cuatro reflexiones iniciales sobre los Decretos de la Emergencia Social en Salud*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de Fundación Educación para la Democracia y la Paz -DEMOPAZ-: http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/ES_DEMOPAZ_CuatroReflexionesIniciales.pdf
- Galindo G, F. (13 de Septiembre de 2013). *Las Tutelas en Salud: el fracaso del modelo*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2013, de El Espectador: <http://www.elespectador.com/opinion/tutelas-salud-el-fracaso-del-modelo-columna-446295>
- Gañán, J. (2010). Los muertos de la Ley 100: prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud una razón de su insuficiencia caso del plan

- obligatorio de salud en el régimen contributivo (POSC). Universidad Externado de Colombia.
- García, A. (2001). La razón del derecho en: entre habitus y campo. En P. Bourdieu, *Poder, derecho y clases sociales* (2ª ed., págs. 20-21). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- García, F. (30 de Noviembre de 2009). *Emergencia social*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/EmergenciaSocial_DrFernandoGarciaOrtega.pdf
- García, H. (2009). Políticas energéticas en Colombia y salud urbana. Bogotá D.C, Tesis Doctoral Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.
- Giraldo, C. (2006). La protección social en Colombia. En Y. Le Bonniec, & O. Rodríguez, *Crecimiento, equidad y ciudadanía: hacia un nuevo sistema de protección social, tomo II* (págs. 349-400). Bogotá D.C, Universidad Nacional de Colombia, Alcaldía Mayor.
- _____ (2007). *¿Protección social o desprotección social?* Bogotá D.C, Universidad Nacional de Colombia, Fundación Cesde: Ediciones desde abajo.
- Gómez, C., & Sánchez, L. (2006). *Experiencia del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como conductor de la reforma en Colombia. Análisis a partir del conflicto en la toma de decisiones* (Patricia Iriarte ed.). Bogotá, D.C.
- González, J. I. (20 de Marzo de 2012). La regulación en salud en ausencia de velo de ignorancia. Obtenido de www.acoes.org.co/pdf/jorge%20Ivan%20Gonzalez.pdf
- González, M. (1996). Participación y cultura política en la psicología social mexicana. En E. Krotz, *El estudio de la cultura política en México (Perspectivas disciplinarias y actores políticos)* (1ª ed., págs. 147-180). México D.F: Centro de investigaciones y estudios superiores en Antropología social.
- González, V. (1994). La reglamentación del sistema de seguridad social en salud. Integralidad y contradicciones con la Ley 100 de 1993 y sus principios. Bogotá D.C: Fescol. (mimeo).
- Grisales, L. M., & Giraldo, L. A. (2008). Objetivos de desarrollo del Milenio afines con el sector salud: políticas públicas vigentes en Colombia que contribuyen a su logro, 2006. En G. Molina, & G. Cabrera, *Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis* (págs. 28-33). Medellín, Grupo de Investigación en Gestión y Políticas de Salud, Universidad de Antioquia.
- Grupo de Economía de la Salud [GES]. (2003). *Resultados económicos de la reforma a las salud en Colombia*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de Observatorio de la Seguridad Social, Grupo de Economía de la Salud, Junio de 2003, año3, No.7: <http://economia.udea.edu.co/ges/observatorio/observatorios/observatorio7.pdf>.
- _____ (2007). *Reforma a la seguridad social en Colombia, 1993-2007*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de Observatorio de la Seguridad Social, Grupo de Economía de la Salud, Abril de 2007, año 6, No.15: <http://www.acoes.org.co/pdf/Observatorio%2015.pdf>
- _____ (2007a). *Reforma a la regulación en salud en Colombia: del Consejo Nacional a la Comisión de regulación*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de Observatorio de la Seguridad Social, Grupo de Economía de la Salud, Diciembre

- de 2007, año6, No.16.:
<http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadCienciasEconomicas/ElementosDiseno/Documentos/GrupoEconomiaSalud/Observatorios/observatorio16.pdf>
- Gutiérrez, R. (1996). La cultura política en México: Teoría y análisis desde la sociología. En E. Krotz, *El estudio de la cultura política en México (Perspectivas disciplinarias y actores políticos)* (1ª ed., págs. 36-67). México D.F: Centro de investigaciones y estudios superiores en Antropología social.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1999). *Análisis multivariante* (Quinta ed.). Madrid: Prentice Hall.
- Heclo, H. (1978). Issue networks and executive establishment. En A. King, *The New American Political System*. Washington D.C: American Enterprise Institute.
- Heclo, H., & Wildavsky, A. (1974). *The private government of public Money. Community and policy inside british politics*. London.
- Hernández, J. G. (09 de Septiembre de 2013). *Si no fuera por la tutela...* Recuperado el 30 de Septiembre de 2013, de El Universal:
<http://www.eluniversal.com.co/opinion/columna/si-no-fuera-por-la-tutela-5215>
- Hernández, M. (1999). El Proceso sociopolítico de las reformas sanitarias en Colombia. *Cartilla de Seguridad Social* (5), 21-43.
- _____ (2002). *La salud fragmentada*. Bogotá, D.C: Universidad Nacional de Colombia.
- _____ (2003). El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. *Revista cubana de salud pública*, 3(29), 228-235.
- _____ (2004). La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina: una comparación sociopolítica, 1880-1950. Bogotá D.C, Universidad Nacional de Colombia.
- _____ (2005). El debate sobre la Ley 100 de 1993: antes, durante y después. En S. Franco Agudelo, *La salud pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Bogotá D.C, Universidad Nacional de Colombia.
- _____ (2010). ¿Derecho a qué?. El debate sobre la sentencia T-760. (S. Franco, Ed.) *Cuadernos del Doctorado en Salud Pública*(11), 27-44.
- _____ (03 de Febrero de 2010a). *¿Emergencia social o emergencia financiera?* Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/Emergencia_social_o_emergencia_financieraDrMHA.pdf
- _____ Hernández, M., Obregón, D., Miranda, N., et.al. (2002). *La organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano: cien años de historia, 1902-2002*. Bogotá, D.C: OPS.
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71, 83-96.
- _____ (2005a). Neoliberal reforms in health services in Latin America: A critical view of two cases. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(3), 210-220.
- _____ (2008). La transformación de las estructuras globales de poder y su impacto en la salud. *Palimpsestus*, 6.

- Hoyos, J. (04 de Febrero de 2010). *Autonomía médica*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de Centro de Gestión Hospitalaria: http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/ES_CentroGestionHospitalariaEditorialAutonomiaProfesional.pdf
- Hurtado, J. C. (04 de Febrero de 2010). *El modelo de mercado en la salud de los Colombianos*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/El_modelo_de_mercado_en_la_salud_de_los_col_RomanVega.pdf
- Jaramillo, I. (1999). *El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993 cinco años después* (4ª ed.). Bogotá D.C, Fundación Restrepo Barco, Fundación Corona, FES.: Fescol.
- _____ (26 de Enero de 2010). *La Emergencia Social en Salud: ¿Una Jugada Maestra?* Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de Seminario Nacional de Salud: http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/EmergenciaSocial_CometariosIJP.pdf
- Jones, C. O. (1977). *An introduction to the study of public policy*. The Duxbury Press series on public policy.
- Krotz, E. (1996). Aproximaciones a la cultura política mexicana como fenómeno y como tema de estudio. En E. Krotz, *El estudio de la cultura política en México (Perspectivas disciplinarias y actores políticos)* (1ª ed., págs. 11-31). México D.F: Centro de investigaciones y estudios superiores en Antropología social.
- Laswell, H. (1951). The policy orientation. En D. Lerner, & H. Laswell, *The Policy Science* (págs. 3-15). Stanford C.A: Standford University Press.
- Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. *Documentos de Trabajo No. 353*.
- López, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. (U. d. Huelva, Ed.) *Revista de investigación*, 4, 167-179.
- López, J.O (2010). La última reforma del sistema general de seguridad social en salud en Colombia: Lejano de la eficiencia y camino a la privatización total. *Prolegómenos - Derechos y Valores*. Bogotá, D.C. Colombia - Volumen XIII - No. 25 - Enero - Junio 2010 - ISSN 0121-182X. pp.219-233.
- López, L. (2008). El rol de los actores decisores, corporativos y académicos en la formulación de políticas públicas de salud en Colombia. En G. Molina, & G. (. Cabrera, *Políticas Públicas en salud: aproximación a un análisis Grupo de Investigación en Gestión y Políticas en Salud*. Medellín, Universidad de Antioquia.
- Lowi, T. (1964). How the farmers get what they want. *Reporter*, 34(6).
- Malhotra, N. K. (2008). *Investigación de mercados* (Quinta ed.). México: Pearson, Prentice Hall.
- Mann, M. (1997). *Las fuentes del poder social, II*. Madrid: Alianza Editorial.
- McAdam, D., Tarrow, S., & Tilly, C. (2005). *Dinámica de la contienda política*. Barcelona: Hacer Editorial.

- McPake, B., Yepes, F., Lake, S., & Sánchez, L. E. (Junio de 2003). ¿Is the colombian health system reform improving the performance of public hospitals in Bogotá? *Health Policy and Planning*.
- Mendoza, A. (16 de Diciembre de 2009). *Es posible para los colombianos un sistema de salud por fuera del modelo y concepción neoliberal*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de Colegio Nacional de Médicos generales de Colombia: http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/CONAMEG_PropuestaVerdaderaReformaSalud.pdf
- Minayo, M. C. (sf). *La etapa de análisis en los estudios cualitativos*. Recuperado el 17 de Noviembre de 2014, de http://www.psicol.unam.mx/Investigación2/pdf/239_270.pdf
- Misas, G. (2002). *La ruptura de los 90, del gradualismo al colapso*. Bogotá, D.C: Universidad Nacional de Colombia.
- Molina, G. (2009). Presión de grupos de poder. Clientelismo de los partidos políticos en la provisión de servicios de salud. En G. Molina, I. Muñoz, & A. Ramírez, *Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera* (págs. 313-214). Bogotá D.C, Procuraduría general de la Nación, Universidad de Antioquia, Universidad Industrial de Santander, Colciencias.
- Molina, G., Muñoz, I., & Ramírez, A. (2009). *Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera*. Bogotá D.C, Procuraduría general de la Nación, Universidad de Antioquia, Universidad industrial de Santander, Colciencias.
- Molina, G., Ramírez, A., Ruíz, A (2013). *Discusión general: tensiones en la toma de decisiones en la política y la gestión en salud pública*. En Molina, G., Muñoz, I., & Ramírez, A (eds). *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: Colciencias, Universidad de Antioquia, Universidad Nacional de Colombia, University of Illinois at Chicago, Universidad Santo Tomás.
- Morales, C. (2010). *Jóvenes, sexualidad y políticas: salud sexual y reproductiva en Colombia (1992-2005)*. Bogotá D.C, Tesis Doctoral Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.
- Moreno, M., Santos, J., Ramos, L., Sanz, D., Fuentes, J., & Del Villar, F. (2002) *Aplicación de un sistema de codificación para el análisis de contenido de la conducta verbal del entrenador de voleibol*. *Revista Motricidad*, 9,119-140
- Muñoz, C. F. (22 de Noviembre de 2009). *Crisis de la salud en Colombia. Declaración de Emergencia Social y Económica*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/2009/Crisis%20de%20la%20Salud%20en%20Colombia%20-%20emergencia%20social%202009%20Consultorsalud.pdf>
- Noguera, C. (1998). *La higiene como Política. Barrios obreros y dispositivo higiénico: Bogotá y Medellín a comienzos del siglo XX*. *Anuario Colombiano de historia social y de la cultura*, 25, 188-215.

- Ocampo, B. A. (2008). Análisis de contenido: un ejercicio explicativo. En P. Páramo , *La investigación en las ciencias sociales. Técnicas de recolección de información* (Segunda edición ed., págs. 205 - 231). Bogotá D.C: Universidad Piloto de Colombia.
- Orobio, L. E. (Septiembre de 2011). Análisis estadístico de un proyecto de investigación: Métodos de investigación en marketing. Policopiado.
- Orozco, J.M. (2006). Por qué reformar la reforma. Recuperado el 08 de junio de 2011, de www.eumed.net/libros/2006/jmo.
- Orozco, C. (13 de Febrero de 2010). *Niños pobres con cáncer: Primeras víctimas del sistema*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://www.elespectador.com/impreso/articuloimpreso187554-ninos-pobres-cancer-primeras-victimas-del-sistema>
- Palacio, D., Zuluaga, O. I., & Valencia, F. (28 de Enero de 2010). *Informe al H. Congreso de la República sobre la declaratoria del Estado de Emergencia Social en todo el territorio nacional ordenado a través del Decreto 4975 de 2009*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/ES_InformeMinProteccionalCongreso28ene2010.pdf
- Páramo, P. (2008). *La investigación en las ciencias sociales. Técnicas de recolección de información* (Segunda ed.). Bogotá D.C: Universidad Piloto de Colombia.
- Paredes, N. (2005). La garantía al derecho a la salud en Colombia, a la luz del Derecho Internacional de los Derechos Humanos. En F. Agudelo, *La salud pública hoy*. Bogotá D.C, Universidad Nacional de Colombia.
- _____ (30 de Enero de 2010). *La encrucijada del sector salud: se garantiza el derecho o se sostiene el negocio?* Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de CINEP: http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/ES_CIMEP_la_salud_necesita_mas_que_una_nueva_cirug.pdf
- Paulo, L. (2005). *La circulación de ideas como factor de incidencia en los procesos políticos*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de Universidad de la República. Policopiado: <http://www.rau.edu.uy/fcs/dts/laurapaulo/circulacionideas.pdf>
- Pedraza, S. (1999). *En cuerpo y alma. Visiones del progreso y de la felicidad*. Bogotá D.C, Universidad de los Andes.
- Pérez, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. Tomo II. Técnicas de análisis de datos*. Madrid: La Muralla S.A.
- Porta, L., & Silva, M. (s.f). *La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido*. Recuperado el 11 de Agosto de 2014, de Universidad Nacional de Mar del Plata, Universidad Nacional de la Patagonia Austral: <https://www.google.com.co/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=luis%20porta%20y%20miriam%20silva%20la%20investigacion%20cualitativa>
- Posada, F. (s.f.). La efímera CRES corre la suerte de la cachipolla. Recuperado el 22 de Marzo de 2012, de

- <http://www.cres.gov.co/noticiasc/Asinosven/Laef%C3%ADmernaCRESCorrelasuertedelacachipolla.aspx>.
- Posada, F. (s.f.). La efímera CRES: corre la suerte de la cachipolla. Recuperado el Marzo de 2012, de <http://www.cres.gov.co/noticiasc/Asinosven/Laef%C3%ADmernaCRESCorrelasuertedelacachipolla.aspx>.
- Prieto, C. (04 de Febrero de 2010). *Ponencia Colegio Médico del Valle ante la crisis del Sistema de Seguridad Social en Salud*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de Colegio Médico del Valle del Cauca: http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/FMC_PonenciaCrisisSaludCMV_DrCPA.pdf
- Procuraduría General de la Nación. (04 de Enero de 2010). *El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el sistema de inspección, vigilancia y control del Estado Colombiano en materia de quejas en salud*. Recuperado el 28 de Junio de 2010, de https://www.google.com.co/?gws_rd=cr&ei=8QBzUrvfEsWNkAeohICIAg#q=+la+adopcion+por+colombia+de+la+formula+del+estado+social+de+derecho
- Ramilo, M.C (2010). Políticas públicas, instituciones y actores para la promoción de la sociedad de la información y/o del conocimiento. Un análisis comparado de catalunya y Euskadi. Tesis doctoral Universidad del país Vasco. España.
- Ramírez, J. (Enero-junio de 2010). El Plan Obligatorio de Salud colombiano: entre el cambio y la continuidad. *Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18), 14-32.
- Real, J. (2002). *Visiones sobre el papel de los actores no gubernamentales en las políticas públicas*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.iiij.derecho.ucr/archivos/documentacion/inv%20otras%20entidades/CLAD/CLAD%20VII/DOCUMENTOS/REALDATO.PDF>
- Restrepo, G., & Villa, A. (1980). Desarrollo de la salud pública en Colombia. Medellín, Escuela Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.
- Restrepo, M. (2001). La reforma a la seguridad social en salud en Colombia y la teoría de la competencia regulada. En D. Titelman, & A. Uthof, *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los csos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia*. (págs. 657-726). Santiago: CEPAL Y FCE.
- Rodríguez, C. M. (2008). Derecho a la atención en salud. En G. Molina, & G. Cabrera, *Políticas Públicas en Salud: aproximación a un análisis Grupo de Investigación en Gestión y Políticas en Salud*. (págs. 21-27). Medellín, universidad de antioquia.
- Rodríguez, O (2006). Crecimiento, equidad y ciudadanía: Hacia un nuevo sistema de protección social. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas Centro de Investigaciones para del Desarrollo. Bogotá.
- Roe, E. (2006). *Narrative policy analysis: theory and practice*. Durham and London, Duke University Press.
- Rose, R. (1976). *The dynamics of public policy. A comparative analysis*. Sage: London and Beverly & Hills.

- Roth, A. (2007). *Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación* (6ª ed.). Bogotá, D.C: Ediciones Aurora.
- _____ (2007a). Análisis de las Políticas públicas: de la pertinencia de una perspectiva basada en el anarquismo epistemológico. *Revista ciencia política*, No.3, p.39-64. Bogotá, D.C, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.
- Rousseau, I. (2001). *México: ¿una revolución silenciosa? 1970-1995 (Élites gubernamentales y proyecto de modernización)* (1ª ed.). México D.F: El Colegio de México.
- Sabatier, P. (1988). An advocacy coalition framework of policy change and role of police-oriented learning therein. En *Policy Science* (Vol. No. 21, págs. 129-168).
- _____ (1993a). Policy change over a decade or more. En P. Sabatier, H. Jenkins-Smith, & (eds.), *Policy change and learning: An advocacy coalition approach*. Westview Point, Boulder.
- _____ (2007). *Theories of the policy process* (Second ed.). Boulder, Colorado: Westview Press.
- Sabatier, P., & Jenkins-Smith, H. C. (1993). *Policy change and learning: An advocacy coalition approach*. Westview Press.
- _____ (1999). The advocacy coalition framework. An assessment. En P. Sabatier, *Theories of the policy process* (págs. 117-165). Boulder: Westview Press.
- Sabatier, P., & Weible, C. (2010). El marco de las coaliciones promotoras: innovaciones y aclaraciones. En P. Sabatier, *Teorías del proceso de políticas públicas* (págs. 203-237). Buenos Aires: Ministerio de la Presidencia. Salamanca, L. (04 de Febrero de 2010). *Comunicado Colegio Médico de Santander*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de Junta Directiva Colegio Médico de Santander: Luisa de la C. Salamanca Garzón ("Presidente")
- Salazar, J. N. (25 de Enero de 2010). *Comunicado*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de Colegio Médico de Caldas: http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/FMC_CMCaldasREchazaDES.pdf
- _____ (12 de Febrero de 2010a). *Presidente del Colegio Médico del Cauca radica demanda de Inconstitucionalidad*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/BIS/BisBcm07de2010_08a14feb10.htm
- Salazar, L. V. (26 de Enero de 2010). *Las medidas generadas dentro del Estado de Emergencia Social declarado por el gobierno nacional resultaron un atentado a los ciudadanos*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de Asociación Colombiana de Enfermedades de Depósito Lisosomal -ACOPEL-: http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/ES_DeclaracionACOPEL_Enero_26_comentario_decretos_emergencia.pdf
- Sánchez, E. (1996). Cultura política y medios de difusión: Educación informal y socialización. En E. Krotz, *El estudio de la cultura política en México (Perspectivas disciplinarias y actores políticos)* (1ª ed., págs. 253-283). México D.F: Centro de investigaciones y estudios superiores en Antropología social.
- Schmitter, P. (1979). ¿Still the century corporatism? En P. Schmitter, & L. G, *Trends toward corporatist intermediation*. Sage: Beverly Hills.

- Silverman, D. (2009). *Interpretacao de dados qualitativos. Métodos para análise de entrevistas, textos e interacoes* (3 Edicao ed.). Sao Paulo: Artmen Editora S.A.
- Skocpol, T., & Pierson, P. (Diciembre de 2008). El institucionalismo histórico en la ciencia política contemporánea. *Revista uruguaya de Ciencia Política*. Recuperado el 9 de Octubre de 2014, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297322673001>.
- Souza, C. (2006). Políticas públicas umarevisao da literatura. En *Sociologías* (Vol. No. 16). Porto Alegre.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* (1ª ed.). Medellín: Universidad de antioquia.
- Surel, Y. (Julio-Diciembre de 2008). Las políticas públicas como paradigmas. *Estudios Políticos*, 41-65. Medellín.
- Tiempo, E. (18 de Diciembre de 2012). La muerte de tercera a la aCRES. Recuperado el Junio de 2013, de http://www.eltiempo.com/opinion/editoriales/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-12463711.html. Consultado junio de 2013.
- Ugalde, A. (1986). La integración de servicios de salud en Colombia. En M.-L. Carmelo, *La crisis de la seguridad social y la atención en salud en América Latina* (págs. 136-176). México D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Universidad de Antioquia. (2011). *Actas CNSSS 1994-2010*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de http://opac.udea.edu.co/cgi-olimb/?infile=hitlist.glu&rs=3124159&cur_kopt1=TRUE&cur_kopt2=TRUE&cur_kopt3=&cur_opt1=&page=3
- Uribe, M. (2009). La contienda por las reformas del sistema de salud en Colombia (1990-2006). *Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales con Especialidad en Sociología*. México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Useche, B. (2014). En Colombia es factible y necesario un modelo de salud sin aseguramiento. *Revista DESLINDE* No 55, abril.
- Varela, R. (1996). Los estudios recientes sobre "cultura política" en la antropología social mexicana. En E. Krotz, *El estudio de la cultura política en México (Perspectivas disciplinarias y actores políticos)* (1ª ed., págs. 73-140). México D.F: Centro de investigaciones y estudios superiores en Antopología social.
- Vargas, I., Vásquez, M. L., & Jané, E. (2002). Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cuadernos de Saude Pública*, 18(4), 927-937.
- Vega, R. (01 de Noviembre de 2010). Seminario permanente sobre sistemas de salud. Relatoría de Román vega sobre revisión del Proyecto de Ley Estatutaria No. 186 de 2010. Bogotá D.C, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas., Colombia.
- Vega, W. (2010). Transformaciones en la protección social en Colombia, 1946-1993.
- Velandia, D., Restrepo, J., & Rodríguez, S. (2002). *Organismos reguladores del sistema de salud colombiano: conformación, funcionamiento y responsabilidades*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de http://77mpra.ub.uni-muenchen.de/857/1/MPRA_paper_857.pdf

- Vivas, J. (1987). *Recesión, ajuste económico y política de salud*. Bogotá, Fedesarrollo, Organización Panamericana de la Salud, Citado por Mario Hernández, 2004.
- Waitzkin, H. (2013). *La Medicina y la Salud Pública en el fin del Imperio*. Traducción María Ángela Ororzco Holguín. Bogotá D.C., Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Centro de Historia de la Medicina (CHM).
- Yepes, F; Ramírez, M. (2006). *Las reformas de la salud a partir de la Ley 100/93. Logros, pérdidas, problemas, acciones recomendadas*. Periódico El Pulso, año 7, No. 93. Medellín.
- Yepes, F., Ramírez, M., Sánchez, L., Ramírez, M., & Jaramillo, I. (2010). *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993*. Bogotá, D.C., ASSALUD, Facultad de Economía, Universidad del Rosario, IDRC: Mayol Ediciones.
- Zuleta, C. (08 de Febrero de 2010). *Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009: "Por el cual se declara el Estado de Emergencia Social" y Decretos de Emergencia Social*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia: http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/ES_PronunciamientoCNQFC_08feb2010_OFICIO.pdf
- _____ (11 de Febrero de 2010a). *Intervención ciudadana en el control constitucional del Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia, frente al Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009: "Por el cual se declara el Estado de Emergencia Social"*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/ES_IntervencionCiudadanaCNQFC_11feb2010_OFICIO.pdf html).

Medios de comunicación

- Caracol Radio. (4 de Febrero de 2010). *Denuncian irregularidades en la expedición de decretos de emergencia social*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://www.caracol.com.co/noticias/actualidad/denuncian-irregularidades-en-la-expedicion-de-decretos-de-emergencia-social/20100204/nota/948826.aspx>
- _____ (05 de Julio de 2013). *Gobierno asegura que el nuevo POS contiene previsiones para Reforma a la Salud*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2013, de <http://www.caracol.com.co/noticias/actualidad/gobierno-asegura-que-el-nuevo-pos-contiene-previsiones-para-reforma-a-la-salud/20130507/nota/1927910.aspx>
- _____ (27 de Septiembre de 2013a). *Gobierno invitó a colombianos para construcción de nuevo POS*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2013, de <http://www.caracol.com.co/noticias/actualidad/gobierno-invito-a-colombianos-para-construccion-de-nuevo-pos/20130927/nota/1981166.aspx>

- Crónica del Quindío. (08 de Julio de 2013). *Más de 100 tecnologías de la salud harían parte del POS*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2013, de http://www.cronicadelquindio.com/noticia-completa-titulo-mas_de_100_tecnologias_de_la_salud_harian_parte_del_pos-seccion-general-nota-62402.htm
- _____ (17 de Septiembre de 2013a). *Secretario de Salud le pidió 'cuentas claras' a Cafesalud*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2013, de http://www.cronicadelquindio.com/noticia-completa-titulo-secretario_de_salud_le_pidio_cuentas_claras_a_cafesalud-seccion-regional-nota-64956.htm
- Dinero. (09 de Enero de 2011). *Sancionadas 14 EPS y Acemi por la Superindustria*. Recuperado el 15 de Junio de 2014, de <http://www.dinero.com/negocios/articulo/sancionadas-14-eps-acemi-superindustria/134552?pagespeed=noscript>
- _____ (19 de Mayo de 2011a). *EPS crearon empresas "de papel" para hacer los recobros*. Recuperado el 19 de Mayo de 2011, de <http://www.dinero.com/actualidad/pais/articulo/eps-crearon-empresas-de-papel-para-hacer-recobros/119546>
- El Espectador. (25 de Enero de 2010). Voces en contra y a favor de la reforma a la salud. *Editorial El Espectador*, págs. 2-3.
- _____ (26 de Enero de 2010a). "Los decretos son un paño de agua tibia". *Editorial El Espectador*, págs. 2-3.
- _____ (28 de Enero de 2010b). Autoritarismo en la salud. *El Espectador*, 22.
- _____ (30 de Enero de 2010c). Informe especial. ¿POS o no POS? *Editorial El Espectador*, pág. 25.
- _____ (1 de Febrero de 2010d). "Hay muchos críticos con intereses económicos": Diego Palacio. *Editorial El Espectador*, págs. 8-9.
- _____ (1 de Febrero de 2010e). Aliviando una tormenta perfecta. *Editorial El Espectador*, pág. 10.
- _____ (2 de Febrero de 2010f). Comienza reglamentación de los decretos de la Emergencia Social. *Editorial El Espectador*.
- _____ (4 de Febrero de 2010g). Emergencia Social no logra adeptos. *Editorial El Espectador*, pág. 10.
- _____ (5 de Febrero de 2010h). Médicos temerosos a la hora de formular. *El Espectador*, 7.
- _____ (06 de Febrero de 2010i). *Fuerte regañón del Presidente a quienes redactaron decretos de salud*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://www.elspectador.com/noticias/salud/articulo186273-fuerte-regano-del-presidente-quienes-redactaron-decretos-de-salud>
- _____ (12 de Febrero de 2010j). Diego Palacio en emergencia. *Editorial El Espectador*, pág. 2.
- _____ (16 de Febrero de 2010k). *Nuevo retroceso del Gobierno en decretos de emergencia*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de

- <http://www.elespectador.com/noticias/salud/articulo187966-nuevo-retroceso-del-gobierno-decretos-de-emergencia>
_____ (16 de Febrero de 2010l). Una emergencia poco saludable. *Editorial El Espectador*, pág. 2.
- _____ (16 de Febrero de 2010m). Uribe respondió críticas a Emergencia Social. *Editorial El Espectador*, pág. 7.
- _____ (18 de Febrero de 2010n). *Regaño público de Uribe a Minprotección*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://www.elespectador.com/noticias/salud/articulo188574-regano-publico-de-uribe-minproteccion>
- _____ (18 de Febrero de 2010o). Los escuderos de los pacientes. *El espectador*, 12.
- _____ (19 de Febrero de 2010p). Una cadena de desaciertos. *El Espectador*. Obtenido de El Espectador.
- _____ (2 de Marzo de 2010q). *Procuraduría pide tumbar la Emergencia Social*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://www.elespectador.com/noticias/salud/articulo190738-procuraduria-pide-tumbar-emergencia-social>
- _____ (22 de Marzo de 2010r). *Habría otros dos millonarios contratos para redactar Emergencia Social*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://www.elespectador.com/noticias/salud/articulo187638-habria-otros-dos-millonarios-contratos-redactar-emergencia-social>
- _____ (17 de Abril de 2010s). Salvavidas para la salud. Ante caída de la emergencia social, Gobierno presentará proyecto de ley con mensaje de urgencia. *El Espectador*, 2.
- _____ (1 de Junio de 2012a). ¿Cómo reanimar a un moribundo? Decanos 'rajan' a la Contraloría por propuestas para salvar sector de la salud. *Editorial El Espectador*, pág. 2.
- _____ (20 de Julio de 2012b). Los tres males del sistema de salud. *Editorial El Espectador*, pág. 14.
- _____ (1 de Septiembre de 2012c). Las tareas del ministro. *Editorial El Espectador*, pág. 2.
- _____ (04 de Julio de 2013). *Minsalud evalúa inclusión de 88 medicamentos y 14 procedimientos al POS*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2013, de <http://www.elespectador.com/noticias/salud/articulo-431699-minsalud-evalua-inclusion-de-88-medicamentos-y-14-procedimientos>
- El País. (24 de Agosto de 2013). *Definen los 189 medicamentos cuyos precios serán regulados por el Gobierno*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2013, de <http://www.elpais.com.co/elpais/economia/noticias/definen-189-medicamentos-cuyos-precios-seran-regulados-por-gobierno>
- El Pulso. (2001). *El Pulso*. Recuperado el 12 de Octubre de 2012, de <http://www.periodicoelpulso.com/html/jul03/general/general-02.htm>
- El Pulso. (Mayo de 2001a). Asociación Médica Colombiana: EPS no garantizan continuidad en tratamientos ambulatorios. *Editorial El Pulso*, Año 3(32).

- _____ (Mayo de 2001b). Fundación Cardioinfantil: Económico no es lo mismo que barato. *Editorial El Pulso*, Año 3(32).
- _____ (Mayo de 2001c). Sida. Repaso de la penumbra. *Editorial El Pulso*, Año 3(32).
- _____ (Mayo de 2001d). Medicamentos: ¿Seguros, efectivos y económicos? *Editorial El Pulso*, Año 3(32).
- _____ (Mayo de 2001e). Ministerio de Salud: Se actualizaría manual de medicamentos. *Editorial El Pulso*, Año 3(32).
- _____ (26 de Diciembre de 2001f). *Ministro: experiencia en el sector privado*. Recuperado el Marzo de 2014, de El Pulso: <http://www.periodicoelpulso.com/html/dic01/general/general-02.htm>
- _____ (Junio de 2002). Sida y Comités Técnico Científicos, “EPS no pueden ser jueces y parte en el proceso”. *Editorial El Pulso*, 4(45).
- _____ (Julio de 2003). Ascofame Revisión del POS basada en costo-efectividad. *Editorial El Pulso*.
- _____ (Julio de 2003a). Lo ideal sería mantener el POS y aumentar cobertura. *Editorial El Pulso*.
- _____ (Julio de 2003b). Fedesalud: Reducir beneficios para aumentar cobertura: medida populista. *Editorial El Pulso*, Año 5(58).
- _____ (Julio de 2003c). Cendex: ¿Reducir el POS o ajustar la expectativa de lucro frente al aseguramiento en salud? *Editorial El Pulso*, Año 5(58).
- _____ (Julio de 2003d). Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia: Revisar equilibrio financiero antes de revisar el POS. *Editorial El Pulso*, Año 5(58).
- _____ (Julio de 2003e). “El POS debe evolucionar”. *Editorial El Pulso*, Año 5(58).
- _____ (Julio de 2003f). Defensoría del Pueblo teme que se reduzca el POS. *Editorial El Pulso*, Año 5(58).
- _____ (Julio de 2003g). Revisión del Plan Obligatorio de Salud: Rompecabezas para armar. *Editorial El Pulso*, Año 5(58).
- _____ (Julio de 2003h). Instituto de Seguros Sociales: Enfermedades crónicas deben ser prioridad en revisión del POS. *Editorial El Pulso*, Año 5(58).
- _____ (Diciembre de 2005). Incluyen en el POS mallas para cirugía de hernias. *Editorial El Pulso*, Año 7(87).
- _____ (Enero de 2006). “Viagra” en el Congreso: discusión para muchas controversias. *Editorial El Pulso*, Año 7(88).
- _____ (Febrero de 2006a). Disfunción eréctil y racionamiento: ¿quién quedará por fuera? *Editorial El Pulso*, Año 7(87).
- _____ (Junio de 2006b). Nuevos medicamentos en el POS contra insuficiencia renal, cáncer y sida. *Editorial El Pulso*, Año 7(93).
- _____ (Junio de 2006c). Las reformas de la salud a partir de la Ley 100/93: Logros, pérdidas, problemas, acciones recomendadas. *Editorial El Pulso*, Año 7(93).
- _____ (Julio de 2006d). Ley de alto costo: “La teoría es gris, y la vida es verde” decía Goethe. *Editorial El Pulso*, Año 7(94).

- _____ (Agosto de 2008). Pulverizado el Plan Obligatorio de Salud -POS-. *Editorial El Pulso, Año 10*(119).
- _____ (Septiembre de 2008a). Corte Constitucional pone en cintura el sistema de salud. *Editorial El Pulso, Año 10*(120).
- _____ (Septiembre de 2008b). "Hay que nivelar beneficios por lo alto". *Editorial El Pulso, Año 10*(120).
- _____ (Septiembre de 2008c). Historia de una inequidad en salud. *Editorial El Pulso, Año 10*(120).
- _____ (Septiembre de 2008d). "Es urgente actualizar el POS". *Editorial El Pulso, Año 10*(120).
- _____ (Octubre de 2008e). Consenso absoluto: Se necesitaba la sentencia. *Editorial El Pulso*.
- _____ (Octubre de 2008f). "Tenemos una Corte garantista de derechos". *Editorial El Pulso, Año 10*(121).
- _____ (Octubre de 2008g). "No es posible todo para todos". *Editorial El Pulso, Año 10*(121).
- _____ (Octubre de 2008h). "El sistema es solidario, pero no equitativo". *Editorial El Pulso, Año 10*(121).
- _____ (Octubre de 2008i). "Gobierno debe tener hoja de ruta para cumplir mandato de la Corte". *Editorial El Pulso, Año 10*(121).
- _____ (Octubre de 2008j). "La sentencia más importante que ha producido el país". *Editorial El Pulso, Año 10*(121).
- _____ (Octubre de 2008k). OISS: "El problema no es el termómetro, sino la enfermedad". *Editorial El Pulso, Año 10*(121).
- _____ (Noviembre de 2008l). ¿POS por patologías a la colombiana? *Editorial El Pulso, Año 10*(122).
- _____ (Noviembre de 2008m). Por una ley anti-monopolios. *Editorial El Pulso, Año 10*(122).
- _____ (Noviembre de 2008n). "No puede anular ni reducir derechos adquiridos. Y debe ser progresivo":ACHC. *Editorial El Pulso, Año 10*(122).
- _____ (Noviembre de 2008o). "Es la oportunidad". *Editorial El Pulso, Año 10*(122).
- _____ (Noviembre de 2008p). Promoción y prevención por patologías. *Editorial El Pulso, Año 10*(122).
- _____ (Noviembre de 2008q). Javesalud: "POS por patologías no es la panacea". *Editorial El Pulso, Año 10*(122).
- _____ (Noviembre de 2008r). "Toda exclusión es un acto de violencia". *Editorial El Pulso, Año 10*(122).
- _____ (Abril de 2009). "¿Dónde están los recursos y la calidad en salud?": Assalud. *Editorial El Pulso, Año 10*(127).
- _____ (Abril de 2009a). "Hacia un POS técnico y universal": Cendex. *Editorial El Pulso, Año 10*(127).
- _____ (Abril de 2009b). "Hay que empoderar a los destinatarios del POS": OISS. *Editorial El Pulso, Año 10*(127).

- _____ (Abril de 2009c). “Por un POS diferencial”: Seccional de Salud de Antioquia. *Editorial El Pulso, Año 10(127)*.
- _____ (Abril de 2009d). Acciones del Ministerio para cumplir la T-760. *Editorial El Pulso, Año 10(127)*.
- _____ (Abril de 2009e). “Por un POS progresivo”: Academia Nacional de Medicina. *Editorial El Pulso, Año 10(127)*.
- _____ (Abril de 2009f). No será un POS “plus”, sino un POS “minus”. *Editorial El Pulso, Año 10(127)*.
- _____ (Abril de 2009g). “El PLUS es un proyecto excluyente”. *Editorial El Pulso, Año 10(127)*.
- _____ (Julio de 2009h). Cumplir la Sentencia T-760, tarea más compleja de lo aparente. *Editorial El Pulso, Año 10(130)*.
- _____ (Agosto de 2009i). ¿Defensoría revela catálogo de negaciones de servicios de salud? *Editorial El Pulso*.
- _____ (Agosto de 2009j). Sentencia T-760: ¿Cómo resolverá Colombia el problema: salud vs negocio? *Editorial El Pulso, Año 10(131)*.
- _____ (Agosto de 2009k). Sistema de salud: "sentenciado" a revivir. *Editorial El Pulso, Año 10(131)*.
- _____ (Agosto de 2009l). “Debemos expedir un POS con legitimidad”. *Editorial El Pulso, Año 10(131)*.
- _____ (Octubre de 2009m). "No existe un nuevo POS": Observamed”. *Editorial El Pulso, Año 10(133)*.
- _____ (Octubre de 2009n). “Cumpliremos la sentencia”: CRES. *Editorial El Pulso, Año 10(133)*.
- _____ (Octubre de 2009o). “Se iguala por lo bajo restando servicios”: Fedesalud. *Editorial El Pulso, Año 10(133)*.
- _____ (Octubre de 2009p). Avance, pero no solución: Cosesam. *Editorial El Pulso, Año 10(133)*.
- _____ (Octubre de 2009q). Observaciones a consulta ciudadana sobre el POS. *Editorial El Pulso, Año 10(133)*.
- _____ (Octubre de 2009r). Por una canasta de salud: Cendex. *Editorial El Pulso, Año 10(133)*.
- _____ (Octubre de 2009s). Unificación del POS infantil aún está en pañales. *Editorial El Pulso, Año 10(133)*.
- _____ (Octubre de 2009t). ¿Actualización y aclaración del POS? Un paso adelante y dos atrás. *Editorial El Pulso, Año 10(133)*.
- _____ (Octubre de 2009u). Promoción y prevención: ausentes del nuevo POS. *Editorial El Pulso, Año 10(133)*.
- _____ (Febrero de 2010). Acuerdo 08 de la CRES aclara y actualiza POS contributivo y subsidiado.. *Editorial El Pulso*.
- _____ (Febrero de 2010a). Corte Constitucional ordenó al gobierno unificar el POS a menores de 18 años. *Editorial El Pulso, Año 11(137)*.
- _____ (Julio de 2010b). Se busca propuesta para manejar lo No-POS. *Editorial El Pulso, pág. 7*.

- _____ (Octubre de 2010c). "Actualización del POS debe desmontar los 'negocios' de la salud". *Editorial El Pulso*, pág. 6.
- _____ (Octubre de 2010d). "Definición del POS es prioridad nacional". *Editorial El Pulso, Año 11(145)*.
- _____ (Octubre de 2010e). "Hacia un POS sin intermediación". *Editorial El Pulso, Año 11(145)*, pág. 7.
- _____ (Octubre de 2010f). ¿Cuánto cuesta unificar el POS? *Editorial El Pulso, Año 11(145)*.
- _____ (Octubre de 2010g). "Por un POS de consenso social". *Editorial El Pulso, Año 11(145)*.
- _____ (Octubre de 2010h). "Reformular todas las variables del POS". *Editorial El Pulso, Año 11(145)*.
- _____ (Octubre de 2010i). Actualización del POS dentro de la reforma a la salud. *Editorial El Pulso, Año 11(145)*.
- _____ (Octubre de 2010j). Asinfar: Por un POS sin "interferencias indebidas". *Editorial El Pulso, Año 11(145)*.
- _____ (Octubre de 2010k). Premisas para un nuevo Plan Obligatorio de Salud -POS-. *Editorial El Pulso, Año 11(145)*.
- _____ (Octubre de 2010l). Universidad CES, "Por un POS con 14 reglas". *Editorial El Pulso, Año 11(145)*.
- _____ (Octubre de 2010m). Comisión de Regulación en Salud -CRES- Por una "actualización permanente, progresiva y sistemática". *Editorial El Pulso, Año 11(145)*.
- _____ (Octubre de 2010n). Otra actualización del Plan Obligatorio de Salud -POS-. *Editorial El Pulso*.
- _____ (Diciembre de 2010o). "Por una reforma hacia la eficiencia": OISS. *Editorial El Pulso, Año 12(147)*.
- _____ (Diciembre de 2010p). Una reforma a espaldas de la salud pública. *Editorial El Pulso, Año 12(147)*. Medellín.
- _____ (Diciembre de 2010q). Ley Estatutaria: "objetivo el usuario". *Editorial El Pulso*.
- _____ (2012). *El Pulso*. Recuperado el 8 de Octubre de 2012, de <http://www.periodicoelpulso.com/html/mar02/general/general-04.htm>
- _____ (s.f.). Evolución seguridad social en salud en Colombia: avances, limitaciones y retos. Recuperado el Marzo de 2012, de www.periodico%20EL%20pulso%20-%20Generales.htm-deDic-2011.htm
- _____ (s.f.). Ventajas y limitaciones de la Comisión de Regulación en Salud. Recuperado el Junio de 2013, de <http://wwwperiodicoelpulso.com/html/0805may/observa/monitoreo.htm>. Consultado marzo de 2012.
- El Tiempo. (10 de Febrero de 2010). *Sigue el contrapunteo entre Vargas Lleras y Diego Palacio por decretos de Emergencia Social*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7164947>

- _____ (15 de Febrero de 2010a). *Uribe se comprometió a eliminar multas y sanciones contra médicos: Sociedes Científicas*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7217787>
- _____ (16 de Febrero de 2010b). *¿En qué gastó Minprotección 66,8 millones de dólares del proframa de reforma a la salud?* Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7228549>
- _____ (17 de Febrero de 2010c). *Más plata sin gestión*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7238207>
- _____ (18 de Febrero de 2010d). *Derogar los decretos y renuncia de Minprotección, pidieron manifestantes contra la Emergencia Social*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7244567>
- _____ (19 de Febrero de 2010e). *Senador dice que en vez de regañar a Ministro, Presidente se debe autoregañar por reforma a la salud*. Recuperado el 06 de Marzo de 2014, de El tiempo.com: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7294299>
- _____ (05 de Marzo de 2010f). *Desangre Vergonzoso*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7354747>
- _____ (17 de Marzo de 2010g). *Decretos de Emergencia Social son inconstitucionales, dice ponencia de magistrado Iván Palacio*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7427249>
- _____ (24 de Agosto de 2011). Hay 18 EPS en lista roja de Supersalud por no cumplir con requisitos. *Editorial El Tiempo*, pág. 2.
- _____ (02 de Septiembre de 2011a). *Multan a 14 EPS por pactar negación de servicios de salud*. Recuperado el 12 de Octubre de 2011, de EL Tiempo.com: http://www.eltiempo.com/economia/empresas/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-10275644.html
- _____ (18 de Mayo de 2012). Colombianos tendrán el mismo plan de salud desde el 1o. de julio. *Editorial El Tiempo*, pág. 07.
- _____ (12 de Agosto de 2013). *Gobierno fija precio máximo a 189 medicamentos*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2013, de http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-12988005.html
- El Universal. (14 de Agosto de 2013). *En diciembre habrá nueva regulación a precios de medicamentos*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2013, de <http://www.eluniversal.com.co/colombia/en-diciembre-habra-nueva-regulacion-precios-de-medicamentos-131187>
- _____ (30 de Septiembre de 2013a). *Entregan nueva evaluación de medicamentos para el POS*. Recuperado el 01 de Octubre de 2013, de Colprensa: <http://www.eluniversal.com.co/salud/entregan-nueva-evaluacion-de-medicamentos-para-el-pos-136606>
- La FM. (27 de Junio de 2013). *EPS no pueden negar servicios argumentando que medicamentos no están en el POS*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2013, de <http://www.lafm.com.co/noticias/eps-no-pueden-negar-servicios-140572>
- La W Radio. (16 de Abril de 2010). *Corte Constitucional tumba la emergencia social*. Recuperado el 04 de Abril de 2014, de La W Radio.com:

- <http://www.wradio.com.co/noticias/actualidad/corte-constitucional-tumba-la-emergencia-social/20100416/nota/990162.aspx>
- Poder. (Mayo de 2010). Salud: una guerra por \$30 billones. *Editorial Revista Poder*, págs. 16-22.
- Portafolio. (28 de Mayo de 2007). *A incentivar a los sectores que generan nuevos empleos*. Recuperado el 26 de Marzo de 2014, de portafolio.co:
http://www.portafolio.co/detalle_archivo/MAM-2509490
- Radio Santafe. (30 de Septiembre de 2013). *Piden que la infertilidad sea incluida en el nuevo POS*. Recuperado el 01 de Octubre de 2013, de
<http://www.radiosantafe.com/2013/09/30/piden-que-la-infertilidad-sea-incluida-en-el-nuevo-pos/>
- RCN La Radio. (23 de Agosto de 2013). *MinSalud pública lista de 189 medicamentos que tendrán control de precios*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2013, de
<http://www.rcnradio.com/noticias/minsalud-publica-lista-de-189-medicamentos-que-tendran-control-85293>
- Semana. (03 de Febrero de 2010). *Defensoría advierte sobre riesgo para pacientes de bajos recursos*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de
<http://www.semana.com/nacion/articulo/defensoria-advierte-sobre-riesgo-para-pacientes-bajos-recursos/112699-3>
- Semana. (11 de Febrero de 2010a). *Crece polémica por decretos de Emergencia Social*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de
<http://www.semana.com/nacion/problemas-sociales/articulo/crece-polemica-decretos-emergencia-social/113005-3>
- _____ (12 de Febrero de 2010b). *"El problema es el mal manejo que le han dado a los dineros de la salud"*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de
<http://www.semana.com/nacion/problemas-sociales/articulo/el-problema-mal-manejo-han-dado-dineros-salud/113032-3>
- _____ (13 de Febrero de 2010c). *¿Por qué no se cae?* Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://www.semana.com/nacion/articulo/por-que-no-cae/113104-3>
- _____ (13 de Febrero de 2010d). *Mal remedio*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://www.semana.com/nacion/articulo/mal-remedio/113100-3>
- _____ (19 de Febrero de 2010e). *Supersalud: Saludcoop tendrá que restituir liquidez por \$627 mil millones*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de
<http://www.semana.com/nacion/articulo/supersalud-saludcoop-tendra-restituir-liquidez-627-mil-millones/113324-3>
- _____ (13 de Marzo de 2010f). *Duelo de titanes*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://www.semana.com/nacion/articulo/duelo-titanes/114316-3>
- _____ (29 de Junio de 2013). *EPS no pueden poner trabas a los pacientes*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2013, de
<http://www.semana.com/nacion/articulo/eps-no-pueden-poner-trabas-pacientes/349084-3>
- Terra.com. (08 de Enero de 2010). *'Considero que la lista de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud debe ser eliminada'*. Recuperado el 06 de marzo de 2014, de votebien.com Elecciones 2010:

http://www.terra.com.co/elecciones_2010/articulo/html/vbn315-considero-que-la-lista-de-medicamentos-del-plan-obligatorio-de-salud-debe-ser-eliminada.htm

_____ (13 de Agosto de 2013). *Comisión de Salud del Senado despacha proyecto de ley que regula venta de fármacos*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2013, de <http://noticias.terra.cl/nacional/politica/comision-de-salud-del-senado-despacha-proyecto-de-ley-que-regula-venta-de-farmacos,a03c19fd65870410VgnCLD2000000ec6eb0aRCRD.html>

Vanguardia. (02 de Mayo de 2010). *Partido Social de Unidad Nacional. Salud*. Recuperado el 06 de Marzo de 2014, de Vanguardia.com Especial Elecciones Presidencia de la República 2010: <http://www.vanguardia.com/presidente2010/partido-social-de-unidad-nacional/salud>

_____ (02 de Julio de 2013). *Colombianos siguen acudiendo a tutelas para salud y pensiones*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2013, de <http://www.vanguardia.com/actualidad/colombia/214679-colombianos-siguen-acudiendo-a-tutelas-para-salud-y-pensiones>

_____ (26 de Agosto de 2013a). *Estado ahorrará \$300.000 millones con regulación a medicamentos*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2013, de <http://www.vanguardia.com/actualidad/colombia/222228-estado-ahorrara-300000-millones-con-regulacion-a-medicamentos>

Fuentes primarias

Leyes, proyectos de ley y decretos

Congreso de la República de Colombia. (8 de Noviembre de 1993). Gaceta del Congreso. *Votacion de proyectos en segundo debate proyecto de Ley numero 155 de 1992 Senado, "Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se adoptan otras disposiciones", Año II (384), 27-28*. Santafe de Bogota, Colombia.

_____ (10 de Diciembre de 1993a). Gaceta del Congreso. *Proyecto de Ley número 155 de 1992 Senado, 204 de 1992 Cámara, "por medio del cual se crea el sistema de seguridad social integral, y se dictan otras disposiciones, Año II(448), 12-13*. Santafé de Bogotá, D.C.

_____ (13 de Diciembre de 1993b). Gaceta del Congreso. *Proyecto de Ley número 155 de 1992 Senado, 204 de 1992 Cámara, "por medio del cual se crea el sistema de seguridad social integral, y se dictan otras disposiciones, Año II(452), 12*. Santafé de Bogotá, D.C.

_____ (03 de Octubre de 2006). Sesión conjunta comisión VII Cámara y Senado. *Discusión del proyecto de Ley 02/2006 cámara y 040/2006 Senado por el cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones*. 03 de octubre de 2006. Bogotá, D.C, Colombia.

_____ (25 de Octubre de 2006). *Informe de Ponencia para primer debate al Proyecto de Ley 02/2006 cámara y 040/2006 Senado por el cual se hacen algunas*

- modificaciones en el Sistema General de Seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.* 03 de octubre de 2006. Bogotá, D.C, Colombia.
- _____ (07 de Noviembre de 2006a). Sesión conjunta Comisión VII de Cámara y Senado. *Proyecto de Ley 02/2006 cámara y 040/2006 Senado por el cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.* 07 de noviembre de 2006. Bogotá, D.C, Colombia.
- _____ (08 de Noviembre de 2006b). Sesión conjunta Comisión VII de Cámara y Senado. *Proyecto de Ley 02/2006 cámara y 040/2006 Senado por el cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.* 08 de noviembre de 2006. Bogotá, D.C, Colombia.
- _____ (15 de Noviembre de 2006c). Sesión conjunta Comisión VII de Cámara y Senado. *Proyecto de Ley 02/2006 cámara y 040/2006 Senado por el cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.* 15 de noviembre de 2006. Bogotá, D.C, Colombia.
- _____ (28 de Noviembre de 2006d). Sesión conjunta Comisión VII de Cámara y Senado. *Proyecto de Ley 02/2006 cámara y 040/2006 Senado por el cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.* 28 de noviembre de 2006. Bogotá, D.C, Colombia.
- Corte Constitucional. (26 de Agosto de 2008). *Corte Constitucional sentencia T-760 de 2008.* Recuperado el 30 de Octubre de 2013, de <http://es.scribd.com/doc/5089190/Colombia-Corte-Constitucional-comunicado-Sentencia-T760-de-2008>
- _____ (25 de Enero de 2010). *Auto. Revisión de constitucionalidad del Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009, "Por el cual se declara el Estado de Emergencia Social".* Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/AutoCorteConstitucional_Dec4975de2009.pdf
- _____ (25 de Enero de 2010a). *Auto. Corte Constitucional Decreto 073 de 2010.* Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/AutoCorteConstitucional_Dec073de2010.pdf
- _____ (25 de Enero de 2010b). *Auto. Revisión de constitucionalidad del Decreto número 075 del 18 de febrero de 2010.* Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/AutoCorteConstitucional_Dec075de2010.pdf
- _____ (27 de Mayo de 2011). *Auto 110/11. Audiencia pública rendición de cuentas.* Bogotá D.C., Colombia.
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (18 de Enero de 2010a). *Decreto 073 de 2010.* Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://web.presidencia.gov.co/decretoslinea/2010/enero/18/dec07318012010.pdf>
- _____ (18 de Enero de 2010b). *Decreto 075 de 2010.* Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://web.presidencia.gov.co/decretoslinea/2010/enero/18/dec07518012010.pdf>

- _____ (21 de Enero de 2010c). *Decreto 134 de 2010*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://web.presidencia.gov.co/decretoslinea/2010/enero/21/dec13421012010.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (2006). *Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptima de Senado de la República y Cámara de Representantes, 2005-2006*. Recuperado el 14 de marzo de 2011, de http://www.opinionysalud.com/index.php?option=com_attachments&task=download&id=95.
- _____ (2007). *Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptima de Senado de la República y Cámara de Representantes, 2006-2007*. Recuperado el 14 de marzo de 2011, de http://www.opinionysalud.com/index.php?option=com_attachments&task=download&id=95.
- _____ (Diciembre de 2007). *Tabla de actualizaciones y aclaraciones al POS-S y POS-C 1994-2010*. Recuperado el 17 de Junio de 2014, de <http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Documents/sitio/Actualizaciones%20y%20aclaraciones%20al%20POS-S%20y%20POS-C%201994-2010.pdf>
- _____ (2008). *Informe al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud: estudio de suficiencia del Plan Obligatorio de Salud-Unidad de Pago por Capitación 2007 y de los actuales mecanismos de ajuste del riesgo determinantes del gasto de la Unidad de Pago por Capitación*. Recuperado el 14 de Mayo de 2011, de MinProtección Social, Bogotá: http://www.pos.gov.co/Documents/Estudio_Suficiencia_POS_UPC_2007_D.pdf
- _____ (20 de mayo de 2009). Informe de Actividades 2005-2006. Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co/uv.20/05/09.
- _____ (23 de Diciembre de 2009a). *Decreto 4975 de 2009*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://web.presidencia.gov.co/decretoslinea/2009/diciembre/23/dec497523122009.pdf>.
- _____ (2010). *Sector de la protección social: informe de actividades 2009-2010, cuatrenio 2006-2010 al Honorable Congreso de la República*. Recuperado el 19 de Mayo de 2011, de <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo19746DocumentNo13478.PDF>
- _____ (21 de Enero de 2010a). *Decreto 126 de 2010*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://web.presidencia.gov.co/decretoslinea/2010/enero/21/dec12621012010.pdf>
- _____ (21 de Enero de 2010b). *Decreto 127 de 2010*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://web.presidencia.gov.co/decretoslinea/2010/enero/21/dec12721012010.pdf>
- _____ (21 de Enero de 2010c). *Decreto 128 de 2010*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://web.presidencia.gov.co/decretoslinea/2010/enero/21/dec12821012010.pdf>

- _____ (21 de Enero de 2010d). *Decreto 129 de 2010*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de
<http://web.presidencia.gov.co/decretoslinea/2010/enero/21/dec12921012010.pdf>
- _____ (21 de Enero de 2010e). *Decreto 130 de 2010*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de
<http://web.presidencia.gov.co/decretoslinea/2010/enero/21/dec13021012010.pdf>
- _____ (21 de Enero de 2010f). *Decreto 131 de 2010*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de
<http://web.presidencia.gov.co/decretoslinea/2010/enero/21/dec13121012010.pdf>
- _____ (21 de Enero de 2010g). *Decreto 132 de 2010*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de
<http://web.presidencia.gov.co/decretoslinea/2010/enero/21/dec13221012010.pdf>
- _____ (21 de Enero de 2010h). *Decreto 133 de 2010*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de
<http://web.presidencia.gov.co/decretoslinea/2010/enero/21/dec13321012010.pdf>
- _____ (03 de agosto de 2010i). *Balance de los diez años del Plan Obligatorio de Salud-POS, la Unidad de Pago por Capitación-UPC y al balance global de la compensación*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de Universidad Jorge Tadeo Lozano, Min protección Social:
<http://www.pos.gov.co/Paginas/ActualizacionesPOS.aspx>
- Ministerio de Salud. (1994). *Resolución 5261 por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de Ministerio de Salud, Bogotá:
http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Res_5261_Procedimientos.pdf
- Ministerio del Interior y de Justicia. (21 de Enero de 2010). *Decreto 135 de 2010*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de
<http://web.presidencia.gov.co/decretoslinea/2010/enero/21/dec13521012010.pdf>
- Superintendencia de Industria y Comercio. (2011). *"Informe motivado"*. *Elaborado por Carlos Pablo Marquez como Superintendente Delegado para la Protección de la Competencia*. Recuperado el 11 de Abril de 2012, de
<http://www.elpais.com.co/elpais/archivos/INFORME%20ACEMI%20SUPERINTENDENCIA%20I&C.pdf>

Actas y acuerdos del CNSSS y la CRES

- Comisión de Regulación en Salud. (2009). *Acuerdo 003 por el cual se declaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.cres.gov.co/acuerdos2010.aspx>
- _____ (2009a). *Acuerdo 004 por el cual se da cumplimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.cres.gov.co/acuerdos2010.aspx>
- _____ (2009b). *Acuerdo 005 por el cual se fija la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado en cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.cres.gov.co/acuerdos2010.aspx>
- _____ (2009c). *Acuerdo 008 por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.cres.gov.co/acuerdos2010.aspx>
- _____ (25 de Junio de 2009d). Acta Número 001. *Sesión ordinaria*. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (30 de Julio de 2009e). Acta Número 002. *Sesión extraordinaria*. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (30 de Septiembre de 2009f). Acta Número 004. *Sesión extraordinaria*. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (2010). *Acuerdo 011 por el cual se da cumplimiento al Auto No. 342 de 2009 de la Honorable Corte Constitucional*. Obtenido de <http://www.cres.gov.co/acuerdos2010.aspx>
- _____ (2010a). *Acuerdo 012 por medio del cual se fija la Unidad de Pago por Capitación para la población afiliada al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito de Barranquilla y se adoptan otras disposiciones*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.cres.gov.co/acuerdos2010.aspx>
- _____ (2010b). *Acuerdo 013 por medio del cual se fija la UPC para la población afiliada al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito Turístico y cultural de Cartagena de Indias y se adoptan otras disposiciones*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.cres.gov.co/acuerdos2010.aspx>
- _____ (2010c). *Acuerdo 014 por el cual se declaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud d Por el cual se corrigen yerros en el Acuerdo 008 de 2009*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.cres.gov.co/acuerdos2010.aspx>
- _____ (2010d). *Acuerdo 015 por el cual se interpreta el alcance del Acuerdo 011 de 2010*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.cres.gov.co/acuerdos2010.aspx>

- _____ (2010e). *Acuerdo 019 por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2011*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.cres.gov.co/acuerdos2010.aspx>
- _____ (2010f). *Acuerdo 020 por el cual se aprueba someter a consulta de los usuarios del SGSS, de la comunidad médico-científica y de la ciudadanía en general unas inclusiones en el POS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.cres.gov.co/acuerdos2010.aspx>
- _____ (24 de Enero de 2010g). Acta N° 009. *Sesión extraordinaria*. Barranquilla D.E, Colombia.
- _____ (11 de Octubre de 2010h). Acta No. 017. *Sesión extraordinaria*. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (11 de Noviembre de 2010i). Acta No. 018. *Sesión extraordinaria*. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (17 de Diciembre de 2010j). Acta No. 019. *Sesión extraordinaria*. Bogotá D.C, Colombia.
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (1994). *Acuerdo 008 por el cual se adopta el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (1994a). *Acuerdo 009 por el medio del cual se define la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema de Seguridad Social en salud*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (1994b). *Acuerdo 011 por el cual se fijan los valores de la Unidad de Pago por Capitación -UPC- del Plan Obligatorio de Salud -POS- el monto de la cotización de los afiliados al sistema y se dictan otras disposiciones*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>.
- _____ (01 de Julio de 1994c). Acta No. 03. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (15 de Julio de 1994d). Acta No. 04. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (19 de Octubre de 1994e). Acta No. 07. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (1995). *Acuerdo 015 por el que se fijan algunos criterios y recomendaciones*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (1995a). *Acuerdo 023 por medio del cual se define la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (1995b). *Acuerdo 024 por medio del cual se define el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>

- _____ (09 de Febrero de 1995c). Acta No. 14. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (02 de Marzo de 1995d). Acta No. 15. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (17 de Mayo de 1995e). Acta No. 17. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (03 de Octubre de 1995f). Acta No. 21. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (12 de Octubre de 1995g). Acta No. 22. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (23 de Octubre de 1995h). Acta No. 23. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (19 de Diciembre de 1995i). Acta No. 25. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (1996a). *Acuerdo 049 por medio del cual se modifica y adiciona el Acuerdo No. 23 del CNSSS*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (21 de Noviembre de 1996b). Acta No. 36. *Borrador para aprobación CNSSS 08-01-97*. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (1997). *Acuerdo 050 por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio en Salud de los regímenes contributivo y subsidiado para el año 1997 y se dictan otras disposiciones*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (1997a). *Acuerdo 053 por el cual se modifica el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (1997b). *Acuerdo 072 por medio del cual se define el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (1997c). *Acuerdo 074 por el medio del cual se adiciona el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (1997d). *Acuerdo 083 por el medio del cual se adopta el Manual de Medicamentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (1997e). *Acuerdo 084 por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio en Salud de los regímenes contributivo y subsidiado para el año 1998 y se dictan otras disposiciones*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (08 de Enero de 1997f). Acta No. 37. *Borrador para aprobación CNSSS 28-01-97*. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (13 de Febrero de 1997g). Acta No. 39. *Borrador para aprobación CNSSS 27-02-97*. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (28 de Agosto de 1997h). Acta No. 46. *Sesión extraordinaria*. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (30 de Octubre de 1997i). Acta No. 48. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (11 de Diciembre de 1997j). Acta No. 51. Bogotá D.C, Colombia.

- _____ (1998). *Acuerdo 106 por el cual se modifica parcialmente el Acuerdo 83 del Consejo Nacional de Seguridad Social en salud*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (1998a). *Acuerdo 110 por el cual se modifica el Acuerdo No. 83 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (1998b). *Acuerdo 117 por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (1998c). *Acuerdo 119 por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio en Salud de los regímenes contributivo y subsidiado para el año 1999 y se dictan otras disposiciones*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (24 de Junio de 1998d). Acta No. 60. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (02 de Julio de 1998e). Acta No. 61. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (28 de Agosto de 1998f). Acta No. 65. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (11 de Septiembre de 1998g). Acta No. 66. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (13 de Noviembre de 1998h). Acta No. 68. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (22 de Diciembre de 1998i). Acta No. 70. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (1999). *Acuerdo 130 por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado para el año 1.999*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (1999a). *Acuerdo 159 por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio en Salud de los regímenes contributivo y subsidiado para el año 2.000 y se dictan otras disposiciones*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (17 de Febrero de 1999b). Acta No. 72. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (20 de Diciembre de 1999c). Acta No. 83. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (2000). *Acuerdo 161 por el cual se subroga el Acuerdo 159 del CNSSS y se fija el valor de la UPC del POS de los regímenes contributivo y subsidiado para el año 2.000 y se dictan otras disposiciones*. Obtenido de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (2000a). *Acuerdo 186 por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio en Salud de los regímenes contributivo y subsidiado para el año 2.001 y se dictan otras disposiciones*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (12 de Enero de 2000b). Acta No. 84. Bogotá D.C, Colombia.

- _____ (17 de Febrero de 2000c). Acta No. 86. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (22 de Marzo de 2000d). Acta No. 87. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (2001). *Acuerdo 218 por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2002 y se dictan otras disposiciones*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de http://www.epssura.com/files/acuerdo218_2002.pdf
- _____ (2002). *Acuerdo 226 por el cual se incluye el uso de una tecnología dentro de las prestaciones que componen el Plan Obligatorio de salud*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (2002a). *Acuerdo 228 por medio del cual se actualiza el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.pos.gov.co/Documents/Normativa%20Regimen%20Subsidiado/ACUERDO%20228.pdf>
- _____ (2002b). *Acuerdo 229 por el cual se define la proporción de UPC-S que se destinará para la financiación de las acciones de promoción y prevención para el Régimen Subsidiado...* Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (2002c). *Acuerdo 234 por el cual se ajusta el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo para el periodo 1º de agosto a 31 de diciembre de 2002*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de http://www.epssura.com/files/acuerdo234_2002.pdf
- _____ (2002d). *Acuerdo 236 por el cual se modifica parcialmente el Acuerdo No. 228 del Consejo Nacional de Salud de Seguridad Social en Salud*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de http://www.epssura.com/files/acuerdo236_2002.pdf
- _____ (2002e). *Acuerdo 241 por el cual se fija el valor de la UPC del Plan Obligatorio de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado para el año 2003 y se dictan otras disposiciones*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (19 de Febrero de 2002f). Acta 116. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (08 de Marzo de 2002g). Acta 118. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (13 de Marzo de 2002h). Acta 119. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (20 de Marzo de 2002i). Acta 120. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (22 de Octubre de 2002j). Acta 127. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (07 de Noviembre de 2002k). Acta 128. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (2003). *Acuerdo 254 por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2004 y se dictan otras disposiciones*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (22 de Enero de 2003a). Acta 132. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (31 de Enero de 2003b). Acta 133. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (27 de Febrero de 2003c). Acta 134. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (11 de Marzo de 2003d). Acta 135. Bogotá D.C, Colombia.

- _____ (21 de Julio de 2003e). Acta 137. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (07 de Octubre de 2003f). Acta 138. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (31 de Octubre de 2003g). Acta 139. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (15 de Diciembre de 2003h). Acta 142. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (22 de Diciembre de 2003i). Acta 143. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (2004). *Acuerdo 263 por el cual se da cumplimiento al fallo proferido por el Consejo de Estado*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (2004a). *Acuerdo 267 por el cual se autoriza la asignación de recursos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga para ampliar cobertura en el Régimen Subsidiado de salud mediante subsidios parciales*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.disaster-info.net/desplazados/legislacion/Acuerdo267.pdf>
- _____ (2004b). *Acuerdo 282 por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2005 y se dictan otras disposiciones*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de http://www.epssura.com/files/acuerdo282_2005.pdf
- _____ (04 de Febrero de 2004c). Acta 145. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (14 de Abril de 2004d). Acta 148. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (10 de Junio de 2004e). Acta 151. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (29 de Julio de 2004f). Acta 152. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (26 de Agosto de 2004g). Acta 153. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (28 de Octubre de 2004h). Acta 154. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (11 de Noviembre de 2004i). Acta 155. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (16 de Diciembre de 2004j). Acta 157. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (22 de Diciembre de 2004k). Acta 158. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (2005). *Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes 2004-2005*. Recuperado el 14 de Mayo de 2011, de http://www.asivamosensalud.org/descargas/INFORME_CNSSS_2004_2005.pdf
- _____ (2005a). *Acuerdo 289 por medio del cual se aclara la cobertura de servicios en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (2005b). *Acuerdo 302 por medio del cual se incluyen unas prestaciones en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (2005c). *Acuerdo 313 por medio del cual se incluye una prestación en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (24 de Enero de 2005d). Acta 159. *SESION INFORMAL*. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (31 de Enero de 2005e). Acta 160. Bogotá D.C, Colombia.

- _____ (28 de Febrero de 2005f). Acta 161. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (28 de Marzo de 2005g). Acta 162. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (16 de Agosto de 2005h). Acta 166. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (14 de Octubre de 2005i). Acta 168. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (28 de Octubre de 2005j). Acta 169. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (22 de Diciembre de 2005k). Acta 172. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (05 de Diciembre de 2005l). Acta 170. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (2006). *Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes 2005-2006*. Recuperado el 14 de Mayo de 2011, de http://www.opinionysalud.com/opinionysalud/index.php?option=com_attachments&task=download&id=95
- _____ (2006a). *Acuerdo 336 por el cual se actualiza parcialmente el Manual de Medicamentos del POS, se incluyen otras prestaciones en los Planes de Beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se modifica el valor de la UPC para el 2006 y se dictan otras disp-*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (2006b). *Acuerdo 350 por medio del cual se incluye en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado la atención para la interrupción voluntaria del embarazo*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (28 de Abril de 2006c). Acta 176. Bogotá D.C, Colombia.
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (19 de Mayo de 2006d). Acta 177. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (12 de Septiembre de 2006e). Acta 181. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (22 de Diciembre de 2006f). Acta 186. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (2007). *Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes 2006-2007*. Recuperado el 14 de Mayo de 2011, de http://www.opinionysalud.com/opinionysalud/index.php?option=com_attachments&task=download&id=96
- _____ (2007a). *Acuerdo 356 por medio del cual se incluye una prestación en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado-Subsidio pleno*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (2007b). *Acuerdo 368 por medio de cual se incluye un medicamento en el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Plan Obligatorio de Salud*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (2007c). *Acuerdo 380 por medio del cual se incluyen medicamentos anticonceptivos hormonales y condón masculino en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>

- _____ (22 de Marzo de 2007d). Acta 190. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (06 de Septiembre de 2007e). Acta 196. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (20 de Septiembre de 2007f). Acta 197. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (14 de Diciembre de 2007g). Acta 200. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (21 de Diciembre de 2007h). Acta 201. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (2008). *Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes 2007-2008*. Recuperado el 14 de Mayo de 2011, de http://www.opinionysalud.com/opinionysalud/index.php?option=com_attachments&task=download&id=96
- _____ (2008a). *Acuerdo 395 por medio del cual se incluyen serv. ambulatorios especializados en el POS del Régimen Subsidiado para la atención de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial y se ajusta el valor de la UPC en el Rég. Subsidiado para 2008*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- _____ (02 de Julio de 2008b). Acta 207. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (15 de Septiembre de 2008c). Acta 208. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (22 de Septiembre de 2008d). Acta 209. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (29 de Diciembre de 2008e). Acta 211. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (2009). *Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes 2008-2009*. Recuperado el 19 de Mayo de 2011, de <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo19262DocumentNo11626.PDF>
- _____ (27 de Enero de 2009a). Acta 212. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (06 de Marzo de 2009b). Acta 213. Bogotá D.C, Colombia.
- _____ (13 de Marzo de 2009c). Acta 214. Bogotá D.C, Colombia.

Otras fuentes primarias

- Academia de medicina de Medellín. (03 de Febrero de 2010). *Constancia ante la opinión pública de la academia nacional de medicina de Medellín*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/ES_ConstanciaAcademiaMedicinaMedellin_Comunicado_Emergencia_Social_COL.MED.ME.pdf
- Academia de Medicina del Valle del Cauca. (24 de Febrero de 2010). *La academia de medicina del Valle del Cauca rechaza Decretos de Emergencia Social*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/ES_Comunicado_AcademiaMedicinaValle.pdf
- Academia Nacional de Medicina de Colombia. (29 de Enero de 2010). *Comunicado de la Academia Nacional de Medicina*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/EmergenciaSocial_PronunciamentoANM.pdf
- Actualicese.com. (16 de Abril de 2010). *Sentencia C-252 de 2010*. Recuperado el 04 de Abril de 2014, de [actualicese.com](http://actualicese.com/normatividad/2010/04/16/sentencia-c-252-de-2010/): <http://actualicese.com/normatividad/2010/04/16/sentencia-c-252-de-2010/>
- Analítica.com. (23 de Julio de 2013). *AN discutirá y analizará regulación de precios de servicios de salud*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2013, de <http://www.analitica.com/va/sintesis/nacionales/3897831.asp>
- Asociación Colombiana de Medicina Interna (16 de Febrero de 2010). *Asociación Colombiana de Medicina Interna rechaza invitación del Gobierno*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/ES_PronunciamentoACMI_GSV_Art7_Decreto133_16feb2010.pdf
- Asociación de Prestadores de Servicios y Suministros de Salud. (2012). *Intervención en la Audiencia Pública convocada por la Corte Constitucional*. Recuperado el 15 de Junio de 2014, de Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y de la Reforma Estructural al Sistema de Salud y Seguridad Social (CSR): www.assalud.com/home.php
- Asociación Médica Sindical de Colombia Seccional Antioquia. (29 de Enero de 2010). *Emergencia Social elimina Autonomía en el ejercicio profesional de la medicina*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/AsmedasAntioquiaBoletinmomentomedico_EmergenciaSocial_46.pdf
- _____ (05 de Febrero de 2010a). *Los médicos rechazamos los decretos de Emergencia Social*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/AsmedasAntioquiaBoletinmomentomedico_EmergenciaSocial_49_05feb2010.pdf

- Colegio Nacional de Médicos Generales de Colombia. (26 de Enero de 2010). *Comunicado de prensa*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/CONAMEG_COMUNICADO_DE_PRENSA26ene2010.pdf
- Colombia Presidencia de la República. (19 de Noviembre de 2009). *Gobierno anuncia declaratoria de Emergencia Social para salvar finanzas de la salud*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://web.presidencia.gov.co/sp/2009/noviembre/19/21192009.html>
- Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos [CNPMDM]. (23 de Agosto de 2013). *Circular Número 04 de 2013*. Recuperado el 30 de septiembre de 2013, de <http://www.rcnradio.com/noticias/minsalud-publica-lista-de-189-medicamentos-que-tendran-control-85293>
- Federación Médica Colombiana. (02 de Diciembre de 2009). *Declaración de la FMC sobre la importancia de los medicamentos en la crisis financiera del sistema de salud colombiano*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/BIS/WebMail_23a29nov09.htm
- _____ (11 de Enero de 2010). *Si los decretos de emergencia social no incluyen correctivos estructurales seguiremos avanzando hacia el colapso financiero del sistema de salud*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/BIS/BisBcm03de2010_11a17ene10.htm
- _____ (22 de Marzo de 2010a). *Análisis, Pronunciamientos, Noticias y Opiniones sobre crisis del sector salud y Decretos de Emergencia Social*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de [med-informatica.net: http://www.med-informatica.net/EmergenciaSocial2010.htm](http://www.med-informatica.net/EmergenciaSocial2010.htm)
- _____ (22 de Enero de 2010b). *Los Decretos de Emergencia Social aliviarán pero no resolverán la crisis financiera del sistema de salud*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/BIS/BisBcm04de2010_18a24ene10.htm
- _____ (25 de Enero de 2010c). *A 16 años de la Ley 100 el sistema de salud colombiano está en cuidados intensivos, con anemia aguda y un cáncer terminal*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/BIS/BisBcm05de2010_25a31ene10.htm
- _____ (28 de Enero de 2010d). *Carta de FMC a MinProtección*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/ES_ComisionReformaLey23_28ene2010_1.pdf
- _____ (28 de Enero de 2010e). *Carta remisorio a la Corte Constitucional*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/ES_ComisionReformaLey23_28ene2010_2.pdf
- _____ (01 de Febrero de 2010f). *Carta dirigida a los Honorables Magistrados de la Corte Constitucional*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/FMC_SolicitudInexequibilidad_D4975de2009.pdf

- _____ (01 de Febrero de 2010g). *Consideraciones generales sobre la inconstitucionalidad de los decretos de Emergencia Social*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/FMC_Consideraciones_Grales_InconstitucionalidadDES.pdf
- _____ (02 de Febrero de 2010h). *Carta dirigida al ministro de la Protección Social, Dr. Diego Palacio Betancourt*. Recuperado el 01 de Noviembre de 2013, de http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/FMC_CartaMinProteccion_ConflictoIntereses1.jpg
- _____ (07 de Febrero de 2010i). *Consideraciones generales sobre la inconstitucionalidad de los derechos de Emergencia Social*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/FMC_Consideraciones_Grales_InconstitucionalidadDES.pdf
- _____ (12 de Febrero de 2010j). *Pronunciamiento de la Federación Médica Colombiana*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/BOLETIN_DE_LA_FEDERACION_MEDICA_12feb2010.pdf
- _____ (2012). *La agonizante situación de la salud en Colombia*. Recuperado el 15 de Junio de 2014, de http://federacionmedicacolombiana.com/OLD/index.php?option=com_content&view=article&id=710:la-agonizante-situacion-de-la-salud-en-colombia&catid=56:especiales&Itemid=199
- _____ (02 de Mayo de 2012a). *Oficio 02 de mayo de 2012. Asunto: Auto 78 de 2012*. Recuperado el 14 de Noviembre de 2014, de http://www.med-informatica.net/FMC_CMCB/Litigios/SalaSeguimientoSentenciaT760_InformeFMC_Audiencia10may12.pdf
- Fundacion IFARMA. (26 de Enero de 2010). *Comentarios a los Decretos de la Emergencia Social en Salud*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/IFARMA_Comentarios_Emergencia_Social_en_S.pdf
- Kienyke.com. (25 de Julio de 2013). *A 195 medicamentos les aplicarán control de precios*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2013, de <http://www.kienyke.com/noticias/a-195-medicamentos-les-aplicaran-control-de-precios/>
- Malagón, R., & Granados., A. (2012). *La salud y la confianza inversionista I*. Recuperado el 14 de Noviembre de 2014, de www.carlosvicentederoux.org/index.shtml?x=4653&s=a&m=c
- Martínez Martín, F. (s.f). *¿Derecho a la salud o equidad en salud?* Recuperado el 14 de Noviembre de 2014, de <http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/EL%20DERECHO%20A%20LA%20SALUD%20O%20LA%20EQUIDAD%20EN%20SALUD.pdf>

- Med-informática. (29 de Noviembre de 2009). *Constancia del senador Jorge Ballesteros B. ante la Plenaria del Senado por inminente colapso financiero del sistema de salud*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/BIS/WebMail_23a29nov09.htm
- _____ (02 de Diciembre de 2009a). *Senador Jorge Ballesteros promueve un Debate de Control Político en el Senado de la Republica*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://www.med-informatica.net/EmergenciaSocial2010.htm>
- _____ (21 de Febrero de 2010). *Caso Kaletra muestra que Ministro Palacio no busca soluciones estructurales y que la oficina de prensa de MinProtección no difunde información completa*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/BIS/BisBcm08de2010_15a21feb10.htm
- _____ (21 de Febrero de 2010a). *FMC Apoya la movilización social masiva del jueves 18 de febrero de 2010*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/BIS/BisBcm08de2010_15a21feb10.htm
- _____ (22 de Febrero de 2010b). *Cardenal Pedro Rubiano, HAI, Misión Salud, Ifarma y Federación Médica Colombiana proponen soluciones estructurales en defensa des acceso a medicamentos*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/BIS/BisBcm08de2010_15a21feb10.htm
- Salud Colombia. (2010). *Aseguramiento y equidad* . Recuperado el 27 de Junio de 2010, de <http://www.saludcolombia.com/actual/salud56/editor56.htm>
- Tribunal Nacional de Ética Médica. (09 de Febrero de 2010). *Comunicado a la opinión Pública*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/EmergenciaSocial2010/ES_ComunicadoTribNalEticaMedica09feb2010.pdf

Biografía de actores personales e institucionales

- Academia Nacional de Medicina de Colombia. (s.f). *Historia de la Academia Nacional de Medicina*. Recuperado el 20 de Octubre de 2012, de <http://anmdecolombia.net/web2/acerca-de-anm/historia.html>
- Alcaldía de Ibagué. (2012). *Artículo: Julio Enrique Ospina lugo*. Recuperado el 18 de Octubre de 2012, de http://www.alcaldiadeibague.gov.co/web2/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=288:julio-enrique-ospina-lugo&catid=15:personajes-celebres&Itemid=66
- Alcaldía de Pasto. (2011). *Artículo: Eduardo José Alvarado Santader (2008 - 2011)*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de Alcaldía de Pasto: Nariño-Colombia: <http://www.pasto.gov.co/index.php/nuestras-dependencias/despacho-del-alcalde/121-hojas-de-vida-alcaldes-de-pasto/504-eduardo-jose-alvarado-santader-2008-2011>
- Alianza Verde. (2011). *Sala de prensa: Noticias*. Recuperado el 24 de Octubre de 2013, de Partido Alianza Verde: <http://www.partidoverde.org.co/SaladePrensa/Noticias/TabId/159/ArtMID/818/ArticleID/1485/Inscripci%C3%B3n-de-candidats-al-Concejo-de-Bogot%C3%A1.aspx>
- Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral. (2012). *Página Web de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral*. Recuperado el 20 de Octubre de 2012, de acemi.org: <http://www.acemi.org.co/index.php/es/quienes-somos/historia>
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (s.f). *Historia*. Recuperado el 20 de Octubre de 2012, de Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas: <http://www.achc.org.co/contenidos.php?idcat=11>
- Asociación Colombiana de Medianas y Pequeñas Industrias. (2012). *Acopi Presidencia Nacional*. Recuperado el 20 de Octubre de 2012, de acopi.org: http://www.acopi.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=142&Itemid=96
- Asociación Colombiana de Sociedades Científicas. (s.f). *Misión*. Recuperado el 23 de Octubre de 2013, de Sociedades Científicas: <http://www.sociedadescientificas.com/home.php?id=13>
- Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo. (2007). *Comunicado de prensa: Nuevo presidente*. Recuperado el 15 de Octubre de 2012, de http://www.clientesim.com/Afidro/img/documento/Comunicados_de_Prensa_Comunicado_1_Nuevo%20presidente.doc
- Asociación Médica Sindical de Colombia Seccional Antioquia. (08 de Febrero de 2010b). *Misión*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de Asociación Médica Sindical de Colombia Seccional Antioquia: <http://asmedasantioquia.org/institucional/mision>
- Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar. (s.f). *Quiénes somos*. Recuperado el 20 de Octubre de 2012, de Asociación Nacional de Cajas de

- Compensación Familiar:
http://www.asocajas.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=128
- Asociación Nacional de Empresarios de Colombia. (2012). *Qué es la ANDI*. Recuperado el 20 de Octubre de 2012, de Página web de la andi: http://www.andi.com.co/pages/quienes_somos/quehacemos.aspx
- Asociación Nacional de Profesiones de la Salud. (s.f). *Asociación Nacional de Profesionales de la Salud: Quiénes somos*. Recuperado el 23 de Octubre de 2013, de http://www.assosalud.com/?page_id=683
- Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud, Seguridad Social, Integral y Servicios Complementarios de Colombia. (16 de Febrero de 2008). *Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud, Seguridad Social, Integral y Servicios Complementarios de Colombia: Plataforma de Lucha*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de anthoc.org:
http://anthoc.org/index.php?option=com_content&view=article&id=44&Itemid=2
- Association International de la Mutualite. (s.f). *Reseña Profesional Julio Alberto Rincón Ramírez*. Recuperado el 18 de Octubre de 2012, de [Gestarsalud.com](http://www.gestarsalud.com):
http://www.gestarsalud.com/cms/files/resourcesmodule/@random484577beb363b/1251479660_Hojas_de_vida_Conferencistas_VII_Congreso_de_Gestarsalud.pdf
- Banco de la República de Colombia. (s.f). *Biografías: Londoño, Juan Luis*. Recuperado el 24 de Octubre de 2013, de Actividad Cultural del Banco de la República, Biblioteca Virtual Luis Ángel Arango:
<http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/biografias/londonoluis.htm>
- _____ (s.f). *Seminarios: Augusto Galán S*. Recuperado el 8 de Octubre de 2012, de Banco de la República: Banco Central de Colombia:
<http://www.banrep.gov.co/documentos/seminarios/word/AUGUSTO-GALAN-S-RESUMEN.pdf>.
- Banco Mundial. (2004). *Gullermo Perry*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de <http://www.bancomundial.org/cuartofoforo/text/CV-GPERRY-ES.pdf>
- _____ (2012). *Santiago Herrera Aguilera*. Recuperado el 09 de Octubre de 2013, de The World Bank: <http://www.worldbank.org/en/about/santiago-aguilera>
- Bogotá Humana. (9 de Agosto de 2013). *Aldo Cadena Alcalde Mayor encargado de Bogotá*. Recuperado el 26 de Marzo de 2014, de Bogotá Humana:
<http://www.bogotahumana.gov.co/index.php/noticias/comunicados-de-prensa-alcalde-mayor/4142-aldo-cadena-alcalde-mayor-encargado-de-bogota>
- Caracol Radio. (27 de Mayo de 2012). *¿Quién es Angelino Garzón?* Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de <http://www.caracol.com.co/noticias/actualidad/quien-es-angelino-garzon/20120527/nota/1695101.aspx>
- _____ (10 de Julio de 2012a). *Juan Carlos Giraldo Valencia: Director General de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC)*. Recuperado el 09 de Octubre de 2012, de <http://www.caracol.com.co/noticias/actualidad/juan-carlos-giraldo-valencia/20120710/nota/1719957.aspx>

- Central Unitaria de Trabajadores de Colombia. (2006). *Estatutos Central Unitaria de Trabajadores de Colombia*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de <http://www.cut.org.co/pdf/estatutoscut.pdf>
- Centro de Informacion de las Naciones Unidas. (03 de Marzo de 2009). *Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)*. Recuperado el 23 de Octubre de 2013, de <http://www.cinu.org.mx/onu/estructura/mexico/org/ops.htm>
- Centro Oftalmologico Virgilio Galvis. (s.f). *Grupo científico Dr. Virgilio Galvis Ramírez*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de <http://www.virgiliogalvis.com/grupo-cientifico/106-dr-virgilio-galvis-ramirez>
- Chambers and Partnners. (2012). *Lloreda Camacho & co - Bogotá Enrique Álvarez Posada*. Recuperado el 15 de Octubre de 2012, de [ChambersandPartnners.com: http://www.chambersandpartners.com/Latin-America/Firms/99999999-44636/371946](http://www.chambersandpartners.com/Latin-America/Firms/99999999-44636/371946)
- Clínica de Marly. (s.f). *La Academia Nacional de Medicina de Colombia, otorgo el título de Miembro Honorario, al Dr. Gilberto Rueda Pérez, Director del Departamento Quirurgico de la Clínica*. Recuperado el 18 de Octubre de 2012, de http://www.marly.com.co/notieventos/noticia_057.html
- Colciencias. (2012). *Hoja de Vida Álvaro Franco Giraldo*. Recuperado el 18 de Octubre de 2012, de CvLAC-RG: http://190.216.132.131:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000173410
- _____ (2012a). *Hoja de Vida Carlos Eduardo Jurado Moncayo*. Recuperado el 18 de Octubre de 2012, de CvLAC-RG: http://190.216.132.131:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000147605
- _____ (2012b). *Hoja de Vida Félix León Martínez Marín*. Recuperado el 18 de Octubre de 2012, de CvLAC- RG: http://201.234.78.173:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000328995
- _____ (2012c). *Hoja de Vida Leonardo Cubillos Turriago*. Recuperado el 18 de Octubre de 2012, de CvLAC - RG: http://190.216.132.131:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000273830
- Colegio Médico Colombiano. (s.f). *Quiénes somos*. Recuperado el 23 de Octubre de 2013, de <http://www.colegiomedicocolombiano.org/?q=node/3>
- Colombia Joven. (2012). *Expertos en temas de emprendimiento*. Recuperado el 13 de Octubre de 2012, de <http://www.colombiajoven.gov.co/Es/GOE/Paginas/Expertosentemasdeemprendimiento.aspx>
- Colprensa. (31 de Octubre de 2011). *Rafael Pardo, nuevo Ministro de Trabajo*. Recuperado el 23 de Octubre de 2013, de [Vanguardia.com: http://www.vanguardia.com/actualidad/colombia/129379-rafael-pardo-nuevo-ministro-de-trabajo](http://www.vanguardia.com/actualidad/colombia/129379-rafael-pardo-nuevo-ministro-de-trabajo)
- _____ (12 de Octubre de 2012). *Antonio José Urdinola Fue trasladado por la fiscalia a Cali*. Recuperado el 09 de Octubre de 2013, de [La República.com: http://www.larepublica.com](http://www.larepublica.com)

- http://www.larepublica.co/asuntos-legales/antonio-jos%C3%A9-urdinola-fue-trasladado-por-la-fiscalia-cali_23182
- Comisión de Regulación en Salud. (2012). Recuperado el 24 de Octubre de 2012, de Cres.gov.co: <http://www.cres.gov.co/marthaluciagualteroreyes.aspx>
- _____ (2012a). Recuperado el 24 de Octubre de 2012, de Cres.gov.co: <http://www.cres.gov.co/esperanzagiraldomunoz.aspx>
- _____ (2012b). Recuperado el 24 de Octubre de 2012, de Cres.gov.co: <http://www.cres.gov.co/gustavoadolfobravodiaz.aspx>
- _____ (2012c). Recuperado el 24 de Octubre de 2012, de Cres.gov.co: <http://www.cres.gov.co/ramiroalonsovergaratamara.aspx>
- Comisión Económica para América Latina. (2003). *Acerca de la CEPAL*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de eclac.org: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/noticias/paginas/4/13964/P13964.xml&xsl=/de/tpl/p18f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl>
- Congreso Visible. (2010). *Comisión Séptima de Cámara de Representantes*. Recuperado el 23 de Octubre de 2013, de Congreso Visible.org: <http://www.congresovisible.org/comisiones/2/>
- _____ (2010a). *Perfil: Representante Germán Enrique Reyes Forero*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de Congreso Visible.org: <http://www.congresovisible.org/congresistas/perfil/german-enrique-reyes-forero/1187/>
- _____ (2010b). *Perfil: Representante y Candidato Eduardo Augusto Benítez Maldonado*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de Congreso Visible.org: <http://www.congresovisible.org/congresistas/perfil/eduardo-augusto-benitez-maldonado/114/>
- _____ (2010c). *Perfil: Senador Bernardo Alejandro Guerra Hoyos*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de Congreso Visible.org: <http://www.congresovisible.org/congresistas/perfil/bernardo-alejandra-guerra-hoyos/601/>
- _____ (2010d). *Perfil: Senador Claudia Janneth Wilches Sarmiento*. Recuperado el 15 de Octubre de 2012, de Congreso Visible.org: <http://www.congresovisible.org/congresistas/perfil/claudia-janneth-wilches-sarmiento/1052/>
- _____ (2010e). *Perfil: Senador Dieb Nicolás Maloof Cusé*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de Congreso Visible.org: <http://www.congresovisible.org/congresistas/perfil/dieb-nicolas-maloof-cuse/679/#tab=0>
- _____ (2010f). *Perfil: Senador Dilian Francisca Toro Torres*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de Congreso Visible.org: <http://www.congresovisible.org/congresistas/perfil/dilian-francisca-toro-torres/87/#tab=5>
- _____ (2010g). *Perfil: Senador Jesús Enrique Piñacué Achicué*. Recuperado el 23 de Octubre de 2013, de Congreso Visible.org:

- <http://www.congresovisible.org/congresistas/perfil/jesus-enrique-pinacue-achicue/2489/>
- _____ (2010h). *Perfil: Senador Luis Carlos Avellaneda Tarazona*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de Congreso Visible.org:
<http://www.congresovisible.org/congresistas/perfil/luis-carlos-avellaneda-tarazona/10/>
- _____ (2010i). *Perfil: Senador Mauricio Pimiento Barrera*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de Congreso Visible.org:
<http://www.congresovisible.org/congresistas/perfil/mauricio-pimiento-barrera/814/>
- _____ (2010j). *Perfil: Senador y Candidato Darío Angarita Medellín*. Recuperado el 18 de Octubre de 2012, de Congreso Visible.org:
<http://www.congresovisible.org/congresistas/perfil/dario-angarita-medellin/5/>
- _____ (2010k). *Perfil: Senador y Candidato Jesús Antonio Bernal Amorocho*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de Congreso Visible.org:
<http://www.congresovisible.org/congresistas/perfil/jesus-antonio-bernal-amorocho/14/>
- _____ (2010l). *Perfil: Senador Zulema del Carmen Jattin Corrale*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de Congreso Visible.org:
<http://www.congresovisible.org/congresistas/perfil/zulema-del-carmen-jattin-corrales/644/>
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (1996). *Acuerdo 31 de 1996: Por el cual se adopta el reglamento del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud*. Recuperado el 23 de Octubre de 2013, de http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/Documentos/acu31_96.htm
- Consultor Salud. (2012). *Consultor salud*. Recuperado el 18 de Octubre de 2012, de <http://www.consultorsalud.com/flash-de-noticias/786-carlos-mario-ramirez-nuevo-viceministro>
- Contraloría General de la República. (s.f). *¿Qué es la Contraloría General de la República?* Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de <http://www.contraloriagen.gov.co/web/guest/que-es-la-cgr>
- Corponor. (2012). *Nuevo director encargado en CORPONOR*. Recuperado el 26 de Marzo de 2014, de Corporación Autónoma Regional de la Frontera Nororiental:
http://www.corponor.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=546&Itemid=106
- Corporativa Latinoamericana de Ahorro y Crédito. (s.f). *Dr. Francisco Azuero Zuñiga*. Recuperado el 9 de Octubre de 2012, de Corporativa Latinoamericana de Ahorro y Crédito: <http://www.convencion-colac.com/html/index.php?id=107>
- Corte Constitucional . (2013). *La corte*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de <http://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/>
- Defensoría del Pueblo. (s.f). *Caso de éxito. Defensoría del Pueblo*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de Controles Empresariales:
<http://www.controlempresariales.com.co/White%20Papers/DEFENSORIA%20DEL%20PUEBLO%20-%20CASE%20STUDY.pdf>

- Departamento Nacional de Planeación. (2012). *Diego Palacio Betancourt*. Recuperado el 09 de Octubre de 2012, de <http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=ryUNvwRDCEc%3D&tabid=111>
- _____ (s.f). *¿Quiénes somos?* Recuperado el 23 de Octubre de 2013, de <https://www.dnp.gov.co/Qui%C3%A9nesSomos/Objetivoslocalizaci%C3%B3n.aspx>
- _____ (s.f). *Mauricio Santa María Salamanca Director General, DNP*. Recuperado el 8 de Octubre de 2013, de <https://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=TS3z5dg7Jgo%3D&tabid=1157>
- _____ (s.f). *Mauricio Santa María Salamanca Director General, DNP*. Recuperado el 8 de Octubre de 2013, de <https://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=TS3z5dg7Jgo%3D&tabid=1157>
- Egresabana.org.co. (2012). *Egresabana.org.co*. Recuperado el 17 de Octubre de 2012, de http://www.egresabana.org.co/html/revista_2008-12/media/25-Personaje.swf
- El Cambio. (2008). *El Cambio*. Recuperado el 8 de Octubre de 2012, de http://www.cambio.com.co/paiscambio/795/4562556-pag-2_2.html
- El Colombiano. (2006). *Elecciones 2006*. Recuperado el 13 de Octubre de 2012, de http://www.elcolombiano.com/proyectos/elecciones2006/candidatos_congreso/germangarzon.htm
- _____ (09 de Septiembre de 2007). *Hoja de Vida Carlos Ignacio Cuervo Valencia*. Recuperado el 18 de Octubre de 2012, de <http://www.elcolombiano.com/proyectos/elecciones2007/candidatos/carlosignaciocuervo/hojavidacuervo.pdf>
- _____ (08 de Enero de 2012). *Falleció el médico Luis C. Ochoa Ochoa*. Recuperado el 18 de Octubre de 2012, de http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/F/fallecio_el_medico_luis_c_ochoa_ochoa/fallecio_el_medico_luis_c_ochoa_ochoa.asp
- El Espectador. (07 de Julio de 2011). *Acemi apuesta por mantener actual sistema de salud*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de <http://m.elespectador.com/noticias/salud/acemi-apuesta-mantener-actual-sistema-de-salud-articulo-282614>
- _____ (13 de Febrero de 2012). *Casi \$13 billones, hueco de la salud*. *El Espectador*, págs. 2-3.
- El País. (26 de Febrero de 2012). *Ex constituyente Hernando Yepes dice que Morales no debió ser fiscal*. Recuperado el 08 de Octubre de 2012, de El País.com.co: <http://www.elpais.com.co/elpais/colombia/noticias/fiscal-nunca-debio-ser-elegidayepes-arcila>
- El Ser enfermero. (2011). *Beatriz Carvalo*. Recuperado el 24 de Octubre de 2013, de <http://www.elsenfermero.com.ar/web/>

- El Tiempo.com. (15 de Octubre de 1992). *FANNY SANTAMARÍA: REFORMA ES URGENTE*. Recuperado el 08 de Octubre de 2012, de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-223414>
- _____ (23 de Junio de 1993). *Díaz Uribe, Nuevo Secretario de Salud*. Recuperado el 26 de Marzo de 2014, de El Tiempo.com: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-144043>
- _____ (23 de Marzo de 1996). *MARÍA TERESA FORERO DE SAADE*. Recuperado el 18 de Octubre de 2012, de sitio: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-331177>.
- _____ (02 de Febrero de 1998). *QUÉ HICIERON INÉS GÓMEZ DE VARGAS*. Recuperado el 18 de Octubre de 2012, de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-742020>
- _____ (23 de Diciembre de 1999). *CARGOS A CARLOS WOLFF ISAZA*. Recuperado el 8 de Octubre de 2012, de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-956847>
- _____ (16 de Julio de 2000). *GERENCIA Y DISCIPLINA, CLAVES DE SARA ORDÓÑEZ*. Recuperado el 08 de Octubre de 2012, de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1281956>
- _____ (17 de Julio de 2002). *ULPIANO AYALA ORAMAS*. Recuperado el 09 de Octubre de 2012a, de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1308523>
- _____ (20 de Agosto de 2002a). *JUAN GONZALO LÓPEZ CASAS. MINSALUD:*. Recuperado el 26 de Marzo de 2014, de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1324118>
- _____ (01 de Noviembre de 2003). *JAIME RESTREPO CUARTAS*. Recuperado el 23 de Octubre de 2013, de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1005745>
- _____ (08 de Abril de 2006). *Detienen a ex ministro Orlando Obregón*. Recuperado el 08 de Octubre de 2012, de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1982364>
- _____ (14 de Junio de 2006a). *Ex Supersalud fue baleado en su casa*. Recuperado el 18 de Octubre de 2012, de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-2064636>
- _____ (31 de Mayo de 2008). *Héctor José Cadena*. Recuperado el 26 de Marzo de 2014, de El Tiempo.com: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-2957357>
- El Universal. (11 de Enero de 2012). *Quién es Beatriz Londoño, nueva ministra de Salud*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de <http://www.eluniversal.com.co/cartagena/politica/quien-es-beatriz-londono-nueva-ministra-de-salud-60424>
- Federacion Colombiana de Municipios. (s.f). *Nuestra entidad: Misión Visión*. Recuperado el 23 de Octubre de 2013, de <http://www.fcm.org.co/index.php?id=13>
- Federación Médica Colombiana. (2011). *Quiénes somos*. Recuperado el 20 de Octubre de 2012, de

- http://www.federacionmedicacolombiana.com/index.php?option=com_content&view=article&id=77&Itemid=92
- Fundación el Nogal. (s.f). *Panelistas*. Recuperado el 12 de Octubre de 2012, de <http://www.fundacionelnogal.org.co/congresopactoglobal2011/panelistas.html>
- Gobernación del Valle del Cauca. (5 de Agosto de 2013). *Acta N° 5 Agosto 2013*. Recuperado el 26 de Marzo de 2014, de Secretaría de Control Interno: www.valledelcauca.gov.co/control/descargar.php?id=12199
- Instituto de Estudios para el Desarrollo y la Paz. (15 de Marzo de 2012). *Camilo Gonzalez Posso*. Recuperado el 23 de Octubre de 2013, de Instituto de Estudios para el Desarrollo y la Paz: <http://www.indepaz.org.co/?author=4>
- Instituto de Seguros Sociales. (2008). *Quiénes somos*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de http://www.iss.gov.co/portal/index.jsp?cargaHome=3&id_categoria=47&id_subcategoria=157
- Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos. (15 de Febrero de 2011). *Asume Blanca Elvira Cajigas como nueva Directora del Invima*. Recuperado el 18 de Octubre de 2012, de http://wsp.presidencia.gov.co/Prensa/2011/Febrero/Paginas/20110215_06.aspx
- La Silla Vacía. (22 de Octubre de 2010). *Juan Camilo Restrepo*. Recuperado el 08 de Octubre de 2012, de <http://www.lasillavacia.com/perfilquien/18865/juan-camilo-restrepo>
- _____ (13 de Mayo de 2011a). *La ley 100 se debe derogar*. Recuperado el 19 de Mayo de 2011, de <http://lasillavacia.com/elblogueo/jpfnandez/24334/la-ley-100-se-debe-derogar>
- _____ (03 de Marzo de 2011). *Iván Moreno Rojas*. Recuperado el 24 de Octubre de 2013, de <http://lasillavacia.com/perfilquien/22303/ivan-moreno-rojas>
- LinkedIn. (Noviembre de 2004). *Andrés Guillermo Castro Garcia*. Recuperado el 26 de Marzo de 2014, de <http://co.linkedin.com/pub/andr%C3%A9s-guillermo-castro-garc%C3%ADa/6b/256/79b>
- Londoño, J. L. (s.f). *Decreto 1101 de 1994*. Recuperado el 12 de Octubre de 2012, de Sociedades Científicas: <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/DECRETOS/1101%2094.pdf>
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (18 de Enero de 2010). *Decreto 074 de 2010*. Recuperado el 22 de Marzo de 2010, de <http://web.presidencia.gov.co/decretoslinea/2010/enero/18/dec07418012010.pdf>
- Ministerio de Hacienda. (s.f). *Ministro de Hacienda y Crédito Público*. Recuperado el 24 de Octubre de 2013, de http://www.minhacienda.gov.co/portal/pls/portal/PORTRAL.www_media.show?p_id=32428236&p_settingssetid=32424778&p_settingssiteid=978&p_siteid=978&p_type=basetext&p_textid=32430204
- _____ (s.f). *Misión, Visión y Objetivo*. Recuperado el 23 de Octubre de 2013, de <http://www.minhacienda.gov.co/HomeMinhacienda/elministerio/MisionyVisionobj>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f). *Objetivos y funciones*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de <http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Paginas/objetivosFunciones.aspx>
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social. (s.f). *Qué es la OISS: Centros de Acción Regional*. Recuperado el 25 de Octubre de 2013, de <http://www.oiss.org/spip.php?article744>
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social. (2012). *Organizacion Iberoamericana de Seguridad Social*. Recuperado el 9 de Octubre de 2012, de http://www.oiss.org/spip.php?rubrique18&debut_page=230&orden=
- Paho Foundation. (s.f). *María Claudia García*. Recuperado el 18 de Octubre de 2012, de <http://www.pahef.org/es/nosotros/7/43-maria-claudia-garcia.html>
- Presidencia de la Republica de Colombia. (s.f). *Presidentes de la República de Colombia: Andrés Pastrana Arango 1998-2002*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de http://wsp.presidencia.gov.co/asiescolombia/presidentes/rc_68.html
- _____ (s.f). Recuperado el 24 de Octubre de 2013, de http://web.presidencia.gov.co/presidente/funcion_auv2.htm
- Redacción Política. (03 de Mayo de 2011). Saludcoop y Fosyga, en la mira de la Contraloría. *Editorial El Espectador*, pág. 05.
- Reeditor.com. (2014). *Ulahy Dan Beltrán López*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de Red de Publicación y Opinión Profesional: <http://www.reeditor.com/columnista/1162/ulahy/dan/beltran/lopez/>
- Renovación Magisterial. (2012). *Carlos Camacho Bula*. Recuperado el 08 de Octubre de 2012, de Renovación Magisterial, Renovación Educativa y Sindical: <http://www.renovacionmagisterial.org/portada/node/3735>
- Rocha, E. K. (06 de Febrero de 2011). *A Rafael Bermúdez*. Recuperado el 18 de Octubre de 2012, de El Heraldo.com: <http://www.elheraldo.co/cartas-de-lectores/rafael-bermudez>
- Salud Colombia. (1997). *Reportaje Hermán Redondo*. Recuperado el 12 de Octubre de 2012, de Salud Colombia, Public Health Journal on the Net: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud14/report14.htm>
- _____ (2000). *Reportaje: Roberto Esguerra Presidente de la junta directiva Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas*. Recuperado el 26 de Marzo de 2014, de Salud Colombia, Public Health Journal on the Net: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud45/report45.htm>
- _____ (2010a). *Reportaje Alonso Gómez Duque*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de Salud Colombia, Public Health Journal on the Net: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud64/report64.htm>
- _____ (s.f). *Reportaje: Iván Jaramillo Pérez*. Recuperado el 23 de Octubre de 2013, de Salud Colombia, Public Health Journal on the Net: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud39/report39.htm>
- Seguro Social. (2005). *Clara Ivy González Marroquín*. Recuperado el 17 de Octubre de 2012, de http://200.21.252.239/general/subdirpres/secretaria_gen.htm

- Sindicato Nacional de Trabajadores del Instituto de Seguros Sociales [SINTRAISS]. (2014). *Sindicato Nacional de Trabajadores del Instituto de Seguros Sociales*. Recuperado el 23 de Octubre de 2013, de <http://www.sintraiss.org/>
- Superintendencia de Industria y Comercio. (2013). *Información Institucional*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de <http://www.sic.gov.co/drupal/informacion-institucional>
- Supersalud. (s.f). *Formato Hoja de vida Edgar Alfonso Gonzalez Salas*. Recuperado el 18 de Octubre de 2012, de Superintendencia Nacional de Salud Grupo de Desarrollo Humano: <http://www.supersalud.gov.co/Documentos/HojasDeVida/EdgarAlfonsoGonzalezSalas.pdf>
- Terra.com. (2011). *Alejandro Baena Giraldo*. Recuperado el 18 de Octubre de 2012, de Terra.com: http://www.terra.com.co/elecciones_2003/hojas_de_vida_candidatos/alcaldias/11-09-2003/nota106492.html
- _____ (2011a). *Dionisio Araujo Vélez*. Recuperado el 15 de Octubre de 2012, de Votebien.com elecciones 2011: http://www.terra.com.co/elecciones_2011/votebien/html/vbn1336-dionisio-araujo-velez.htm
- Tribuna Roja. (26 de Enero de 1998). *"INMINENTE, BANCARROTA DE LA SALUD PÚBLICA" Aldo Cadena*. Recuperado el 13 de Octubre de 2012, de <http://tribunaroja.moir.org.co/INMINENTE-BANCARROTA-DE-LA-SALUD.html>
- Universidad de Antioquia. (2009). *Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social en Colombia*. Recuperado el 23 de Octubre de 2013, de [udea.edu.co: http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadNacionalSaludPublica/Diseno/archivos/home/Tab/PresentacionC3%B3nMNSSS.pdf](http://www.udea.edu.co: udea.edu.co: http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadNacionalSaludPublica/Diseno/archivos/home/Tab/PresentacionC3%B3nMNSSS.pdf)
- _____ (2012). *Germán González Echeverri*. Recuperado el 18 de Octubre de 2012, de Resumen hojas de vida de los candidatos a la Decanatura de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia - Período 2009/2012: http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/BibliotecaPortal/DetalleNoticia?p_id=12382217&p_siteid=37
- _____ (2012a). *Reseña Historica*. Recuperado el 20 de Octubre de 2012, de [udea.edu.co: http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/SedesDependencias/SaludPublica/Institucional/B.ResenaHistorica](http://www.udea.edu.co: udea.edu.co: http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/SedesDependencias/SaludPublica/Institucional/B.ResenaHistorica)
- Universidad de los Andes. (2012). *Melo José Elías*. Recuperado el 8 de Octubre de 2012, de <http://economaiyconstitucion.uniandes.edu.co/C&D%202007-2/Jose%20Elias%20Melo/HOJAJEMA.doc>.
- Universidad EAFIT. (2008). *Nuestros Egresados: Carlos Mario Rivera Escobar*. Recuperado el 17 de Octubre de 2012, de <http://www.eafit.edu.co/egresados/nuestros-egresados/politica/Paginas/carlos-mario-rivera-escobar.aspx>

- Universidad Javeriana. (2009). *Noticias Nuevo director de los programas*. Recuperado el 18 de Octubre de 2012, de Pontificia Universidad Javeriana Bogotá:
http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev_gerenc_polsalud/vol8_n_16/noticias.pdf
- _____ (s.f). *Se posesionó la nueva Vicerrectora Administrativa*. Recuperado el 24 de Octubre de 2013, de Pontificia Universidad Javeriana Bogotá:
http://www.javeriana.edu.co/boletin/boletin%20hoy/medios2009/Jaime_AriasCM.pdf
- Vergara, I. (26 de Marzo de 2014). *la movida del año: La Previsora de Seguros de Vida recibirá más de 1,5 millones de afiliados en su Administradora de Riesgos Profesionales*. Recuperado el 26 de Marzo de 2014, de Fasecolda:
http://www.mapfre.com/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1060541
- Zuluaga, O. (2012). *Biografía*. Recuperado el 20 de Octubre de 2012, de Oscar Iván Zuluaga.com: <http://www.oscarivanzuluaga.com/biografia/>