

**“El grado de efectividad de las reformas normativas planteadas a la Ley
100 para los afiliados al régimen subsidiado, de acuerdo a las leyes 1122
de 2007 y 1438 de 2011”**

ÁNGELA MARIA QUICENO

JORGE ARMANDO URIBE BETANCOURT

Universidad de Manizales

Facultad de Ciencias Jurídicas

Programa de Derecho

Manizales

2014

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5.
1. ESTADO DEL ARTE Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	9.
2. DELIMITACIÓN DEL ÁREA	13.
2.1 Delimitación del tema	13.
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15.
3.1 Preguntas orientadoras	17.
4. JUSTIFICACIÓN	18.
5. OBJETIVO GENERAL	21.
5.1 Objetivos específicos	21.
6. METODOLOGÍA	22.
6.1 Tipo de investigación	22.
6.2 Método	23.
6.3 Fuentes de información primaria y secundaria	23.

6.4 Técnicas e intr. de recolección de información	23.
6.4.1 Fases de investigación	24.
6.5 Sistematización de la información	24.
6.6 Resultados esperados	25.
7. CRONOGRAMA	26.
8. RESULTADOS ALCANZADOS	27.
CAPÍTULO I	
EL SISTEMA DE SALUD DE LA LEY 100	
Y LA NECESIDAD DE UNA REFORMA	27.
1.1 El sistema de seguridad social integrado	27.
1.2 Las problemáticas del sector salud	34.
1.3 La Corte y el estado de cosas inconstitucional	37.
CAPÍTULO II	
LA LEY 1122 DE 2007, UNA REFORMA POCO ESTRUCTURAL	46.
2.1 La judicialización de la salud	46.
2.2 Los ‘ajustes’ a la Ley 100 por parte de la Ley 1122	50.

CAPÍTULO III	
EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	
DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. LEYES 1122 Y 1438	60.
3.1 El giro de recursos para la prestación de servicios	
del régimen subsidiado	60.
3.2 La situación actual	70.
CONCLUSIONES	77.
BIBLIOGRAFÍA	81.

RESUMEN

Debido a los amplios pronunciamientos de la Corte Constitucional, los jueces han jugado un papel importante en el sistema de salud colombiano en los últimos diez años, generando una excesiva judicialización del sector. La anterior situación ha llevado a que Colombia sea uno de los países con mayor número de litigios en materia de salud del mundo. Por esta razón, el Estado se vio en la necesidad de plantear una reforma. Sin embargo, esta no ha sido de carácter estructural, tan solo efectuó una serie de modificaciones con el propósito de realizar unos cuantos ajustes al sistema de salud vigente, con base en ello se promulgaron tanto la Ley 1122 de 2007 como la Ley 1438 de 2011.

En este orden de ideas, ambas leyes cambiaron las condiciones de ejecución presupuestaria, de la siguiente manera: efectuando un cambio en los contratos de aseguramiento entre las entidades territoriales y las EPS del régimen subsidiado, en aras del cumplimiento de las obligaciones propias de las EPS frente a la población pobre y vulnerable afiliada. Sin embargo, a pesar de las reformas establecidas la situación no ha cambiado, permaneciendo en el estado de cosas inconstitucional en materia de salud decretado por la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008.

Palabras clave: afiliados, derechos fundamentales, derecho a la seguridad social, Ley 100, reformas, régimen subsidiado, sistema de seguridad social integral.

0. INTRODUCCIÓN

Los retos más importantes para el Estado colombiano después de la promulgación de la Constitución de 1991 en materia de salud son los siguientes: cobertura, incluyendo a los trabajadores independientes, asimismo una mayor equidad y una mejora en la calidad de la prestación del servicio. Así las cosas, el sistema de seguridad social integral implementado por la Ley 100 vinculó tanto a las entidades públicas como privadas, eliminando el monopolio del Estado en la prestación de los servicios de seguridad social, con el fin de subsanar las mencionadas falencias altamente prioritarias.

En efecto, el sistema de seguridad social integral promulgado por la Ley 100 incluye los principios de equidad, obligatoriedad, unidad e integralidad, sin dejar de lado, la eficiencia y la libre elección. De igual forma incluía la descentralización, la participación comunitaria, la subsidiariedad, la complementariedad, entre otros.

En este orden de ideas, las EPS sobre las cuales recayó la actividad prestacional ofrecen a sus afiliados servicios en materia de salud por medio del Plan Obligatorio de Salud —POS—, de esta manera se preveía —en teoría— que cada colombiano debería estar cubierto por cualquiera de los dos regímenes —contributivo y subsidiado—, disfrutando del paquete de servicios propuestos por el POS.

No obstante, y a pesar de los avances planteados, los problemas del sistema de salud en la actualidad son demasiado notorios, en especial en lo referente con el servicio por parte de las EPS. Asimismo, vale la pena recordar que la Ley 100 creó las denominadas Instituciones Prestadoras de Servicios —IPS— las cuales son públicas, privadas o mixtas, igualmente la ley les permitió a las EPS tener sus propias IPS.

Lastimosamente, se presenta una asimetría en el planteamiento original de la reforma, es decir, son más las personas que pertenecen al régimen subsidiado y menos los que realizan aportes al régimen contributivo, por tal motivo, el Estado ha tenido que financiar los servicios del régimen subsidiado con sus propios recursos.

Por esta razón, y de acuerdo a las graves problemáticas del sistema de salud, el Estado se ha visto en la necesidad de establecer una serie de reformas a la Ley 100, con el fin de subsanar las falencias ya evidenciadas del sistema. En este sentido, una de las principales reformas fue la Ley 1122 de 2007.

La Ley 1122 no derogó la Ley 100 tan solo buscaba el mejoramiento en la prestación del servicio, haciendo una serie de reformas en materia de: universalización; equilibrio entre los actores del sistema; dirección; financiación; racionalización, al igual que la mejora en la prestación del servicio; fortalecimiento de los programas de salud pública; entre otras. Sin embargo, la Ley 1122 no hizo una reforma al esquema de aseguramiento, sino que intento ampliar las reglas de esta función para el régimen subsidiado, así como una nueva meta de cobertura para los estratos 1, 2 y 3.

En este sentido, la ley establece que los recursos del régimen subsidiado deben ser manejados de forma exclusiva por los municipios, así para la atención de las personas más pobres los recursos se destinaron de la siguiente manera: en el menor nivel de complejidad (primer nivel de atención) un 41 % de los recursos de los municipios, mientras que el segundo y tercer nivel de atención lo cubre el restante 59 % de los recursos de los departamentos.

Con base en lo anterior se estaba presentando una seria problemática, ya que los contratos de aseguramiento con las EPS se financiaban con los recursos de la entidad territorial y de las transferencias del nivel central que son asignadas a cada ente con proveniencia del Fondo de Solidaridad y Garantía —FOSYGA—. Así pues, el sistema funcionaba de la siguiente manera: del nivel central a la entidad territorial, de allí a la EPS y, por último, de esta a la IPS. Ahora bien, estas dificultades se evidenciaban específicamente por la legalización de los contratos de administración de recursos, así como la actualización de la base de datos de los afiliados, ya que estos son el soporte legal para el giro de los recursos de toda entidad territorial a la EPS. Asimismo, después de la promulgación de la Ley 1122 todos los recobros por parte de las EPS debían ser realizados por la entidad territorial respectiva.

Por esta razón, y para dar solución a la mencionada problemática que se venía presentando, según lo evidenciaron tanto la Corte Constitucional como el Consejo de Estado, la Ley 1438 de 2011 cambio las condiciones de ejecución presupuestaria.

No obstante, y a pesar de que uno de los objetivos fundamentales de la citada reforma —Ley 1438— era la mejora en la calidad y eficiencia del servicio para los afiliados al régimen subsidiado gracias a un flujo más efectivo de los recursos, los resultados siguen siendo los mismos.

Así, a la insuficiencia de recursos para atender a las personas más pobres y vulnerables debemos agregar, de acuerdo con la Procuraduría General de la Nación, que “tanto las EPS como los departamentos manifiestan preocupación ante la falta de oportunidad y de recursos para el pago de los cobros por concepto de servicios no incluidos en el POS” (Procuraduría General, 2012, p. 32).

Por tanto, esta situación ha generado un grave deterioro tanto en las finanzas como en la calidad del servicio por parte de los hospitales municipales, enfrentándose a los escasos servicios incluidos en el POS, así como a la gran cantidad de personas vinculadas y en especial a la gran cantidad de trámites para acceder a los servicios del régimen subsidiado.

Así las cosas, en la primera parte de esta investigación, nos ocuparemos de la definición y el contenido del sistema de seguridad integral establecido por la Ley 100. La segunda parte, abordará las reformas propuestas por la Ley 1122 al sistema de salud. Y, finalmente, en la tercera parte, se analizará el acceso a los servicios de salud para el régimen subsidiado.

1. ESTADO DEL ARTE O ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

La Ley 100 que dio origen al sistema de seguridad social integral se constituye en el aspecto central de toda investigación acerca de seguridad social en Colombia, así pues, hacia el 2007 Mauricio Santa María realizó una ambiciosa investigación titulada: *Efectos de la Ley 100 en salud. Propuestas de reforma*, la cual tiene como objetivo fundamental presentar los principales efectos de la reforma en materia de seguridad social en Colombia, analizando entre otros aspectos: la calidad de los servicios; los incentivos y las distorsiones del mercado laboral; la equidad y la progresividad del sistema de seguridad social integral.

En el mismo sentido el libro *Sistema de seguridad social en salud* de Hernando Torres Corredor, establece que con la promulgación de la Ley 100 se construyó un sistema de seguridad social integral que respondiera a los desequilibrios y especialmente a la cobertura y falta de acceso que poseían el anterior sistema. Asimismo, el sistema de la Ley 100 adopta a la *“salud como un estado óptimo de bienestar físico, mental y social, y no simplemente como la ausencia de enfermedad; por lo que se asume de esta forma que la salud es también un fenómeno colectivo, vale decir, que debe concebirse como un proceso social”*.

Por otro lado, encontramos la investigación de Fernando Hineirosa y Emilio Carrasco (2003), *Diez años del sistema de seguridad social colombiano: evaluación y perspectivas: homenaje a Fernando Hineirosa, 40 años de rectoría, 1963-2003*. En esta investigación se presenta un análisis que, *“determina el comportamiento del sistema creado en 1993, en sus cuatro grandes aspectos: el sistema de seguridad social colombiano; el sistema de seguridad social en salud; el régimen pensional dentro de la seguridad social; y*

el sistema general de los riesgos profesionales". Además, se erigen diversas reflexiones que contribuyen a la construcción de conceptos y teorías acerca de la seguridad social.

En este orden de ideas y siguiendo la temática en cuestión, la investigadora María Victoria Santana en su obra *La seguridad social en Colombia: un derecho fundamental*, plantea que: *"en el derecho constitucional colombiano se reconoce la incorporación de dos facultades indispensables para garantizar el derecho a la seguridad social como un derecho fundamental: la dignidad humana y la solidaridad. Las cuales cumplen un papel substancial en el derecho básico del hombre"*.

Así pues, *"la dignidad humana involucra derechos relativos a la supervivencia digna de todo ser humano. En este sentido, no es posible concebir al ser humano sin la garantía constitucional de principios y derechos que le son fundamentales para su subsistencia. Asimismo, el principio de la solidaridad se ha concebido en el marco filosófico como la virtud que se despliega ante otro sujeto de cooperación, de socorro; es el reconocimiento del otro y la universalidad que se tiene para con el otro. Es el paradigma a través del cual la sociedad puede tomar conciencia de sí misma. Por lo que Santana, aborda con precisión los asuntos que le competen íntegramente al derecho a la salud"*.

Otro de los doctrinantes a tener en cuenta es Eduardo López Villegas, quien en su estudio *Seguridad Social. Teoría crítica*, afirma que tanto la ley como los reglamentos son los que ponen en marcha un conjunto de instituciones para hacer cierto amparo social, no obstante, a la jurisprudencia en los últimos lustros, le ha correspondido afinar los instrumentos en materia de seguridad social, por lo que difícilmente se puede llegar a definir el contenido de la seguridad social que recibe hoy en día un ciudadano, prescindiendo de los puntos de vista de los jueces acerca del derecho a la salud.

Asimismo, el estudio la *Organización de la salud en Colombia*, de Iván Darío Arroyave, tiene como propósito fundamental presentar una visión general de la organización de la salud en el país, la cual, en palabras del propio autor, es demasiado enrevesada, con el fin de profundizar y actualizar al lector en un tema tan especializado. Para tal fin, el autor realiza una excelsa descripción de la organización de la salud, no solo de la normativa que la configura, sino de los principios e insumos que la componen, por ello, en el libro se destacan las formulaciones teóricas en el campo económico, político y social, a su vez, se describe la realidad que rodea a la salud pública.

Por su parte, la investigación realizada por la Universidad de los Andes, *La salud en Colombia, logros retos y recomendaciones*, describe que desde hace varios años ha sido evidente la crisis del sistema de salud en Colombia, no solo como consecuencia de las crecientes necesidades de recursos financieros para la atención de la población, sino por las dificultades para que esta, equitativamente y con independencia de su nivel de ingresos, acceda a servicios de buena calidad. Por estas razones, “a principios del 2010, la Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes llevó a cabo un proyecto de investigación de carácter multidisciplinario, que integró a médicos, abogados, politólogos, economistas, ingenieros y filósofos, entre otros, para mejorar la comprensión del problema de la salud en Colombia, y elevar la altura del debate sobre el funcionamiento del sistema, a través de la formulación de propuestas caracterizadas por un alto nivel académico y técnico, así como su independencia frente a los diferentes actores involucrados”.

Por último, el libro *Financiamiento del sistema general de seguridad social en salud. Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas*, de la Procuraduría General de la Nación, este libro no solo se constituye en un importante aporte para las funciones constitucionales y legales de naturaleza preventiva de los derechos fundamentales en Colombia, sino que también

permite generar insumos para crear, desarrollar y hacer seguimiento a políticas públicas acerca de esta materia. Así pues, *“la Procuraduría ha venido impulsando desde hace algunos años diversos estudios sobre el derecho a la salud, con el fin de solicitar a los diferentes actores del sistema, que se tomen medidas y se adopten los cambios necesarios para que no se siga vulnerando el mencionado derecho para que, en consecuencia, el sistema garantice la salud de toda la población colombiana”*.

Finalmente, vale la pena aclarar que uno de los objetivos primordiales, y principal novedad, de esta investigación consiste en articular en un solo texto las principales reformas efectuadas a la Ley 100, ya que en las diversas fuentes consultadas, en especial las mencionadas en el presente estado del arte, las reformas han sido consideradas de manera independiente sin interrelacionarlas entre sí, haciendo más dificultosa la labor no solo para los abogados litigantes que día a día se ven envueltos en procesos en contra de las IPS y EPS, sino también para los miembros de la rama judicial, los académicos y el público en general debido a que las serias problemáticas del sector salud han llevado a que sea uno de los temas principales que permean el diario vivir y accionar de los colombianos.

Igualmente, debido a la gran variedad de cambios realizados en el sistema de salud, en especial en materia de distribución de recursos, es importante tener una guía que aglutine no solo las reformas normativas, sino también los principales pronunciamientos de las altas cortes, como son la Corte Constitucional y el Consejo de Estado, objetivo que se cumple con la presente investigación. Por lo que podría ser una fuente de consulta para futuras investigaciones tanto de estudiantes como docentes, al igual que para todos los interesados en una temática tan importante como esta.

2. DELIMITACIÓN DEL ÁREA

El área de estudio general del presente trabajo de grado se enmarca dentro del contexto jurídico-político, con base en el análisis de una de las figuras más importantes para la vida en sociedad, como lo es la seguridad social y su correspondiente estudio a la luz de los postulados constitucionales. También, para su desarrollo, es necesario recurrir al estudio de las principales fuentes del derecho, como lo son la ley, la jurisprudencia y la doctrina. Así las cosas, y respecto a la delimitación general del área, este tema se encuentra enmarcado dentro del derecho público e incluso de los derechos humanos, ya que en los últimos años se ha vislumbrado a la seguridad social como uno de ellos. Asimismo, no debemos olvidar que la seguridad social tiene como uno de sus objetivos principales evitar el desequilibrio económico que afectaría las relaciones sociales de todos los miembros de la sociedad.

En conclusión, tenemos entonces que el área del presente trabajo de grado es jurídico-política con elementos de derecho público, especialmente constitucional y administrativo, además de derechos humanos.

2.1 Delimitación del tema

El tema central de este trabajo de grado es el sistema de seguridad social y su respectivo desarrollo a partir de la Ley 100 de 1993, para lo cual será abordado de la siguiente manera.

En primer lugar, se desarrollará de manera detallada el sistema de seguridad social integral promulgado por la ley, para conocer y comprender las implicaciones del derecho a la seguridad social dentro del ordenamiento jurídico colombiano.

En segundo lugar, se realizará un rastreo jurisprudencial sobre la forma en cómo las altas Cortes, Corte Constitucional y Consejo de Estado, han garantizado dicho derecho, así como tratan de subsanar las falencias presentes en la normativa sobre seguridad social indicando en varias ocasiones los vacíos del sistema y las amplias necesidades de reforma a la salud en el país.

Por último, al tener clara la normativa acerca de la seguridad social y el contenido de los postulados constitucionales, se procederá a realizar el análisis de la manera en qué las reformas legislativas a través de los años no han sido suficientes para que el sistema preste los servicios de forma adecuada, adjudicando de forma eficiente este derecho a la población colombiana.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mayor parte de la población de los municipios debe hacer uso de los hospitales de primer nivel, asimismo, muchos de estos se encuentran afiliados al régimen subsidiado, sin embargo, el sistema de salud vigente promulgado por la Ley 100 ha presentado una serie de problemáticas entre ellas: la cobertura, la corrupción y la escases en los recursos; lo que se ve reflejado en una baja calidad en la prestación del servicio, en especial, para los más necesitados. De igual forma muchos de los medicamentos y procedimientos no se encuentran incluidos en el POS, lo que implica que las EPS deban hacer los recobros necesarios al FOSYGA, esta situación ha desencadenado que, en la mayoría de los casos, los hospitales municipales se encuentren en una situación precaria, a pesar de que el recaudo de los recursos del sistema general de participaciones este garantizado por la ley y de que las entidades territoriales lo reciban de manera mensual.

Al respecto plantea la Procuraduría General de la Nación:

los inconvenientes que presenta el flujo de recursos en este componente, según las manifestaciones de los responsables del proceso en las entidades territoriales, son la insuficiencia de las fuentes de financiación para atender estos compromisos y la oportunidad en la auditoría de las cuentas presentadas por las EPS (2012, p. 26).

Lo anterior promueve la mala calidad e ineficacia del servicio debido a la baja rotación en la cartera de los hospitales generada por la demora en el pago por parte de los acreedores, por lo que tanto la Ley 1122 de 2007 como la Ley 1438 de 2011 tienen como objetivo fundamental subsanar la presente falencia, además son una herramienta diseñada para llevar a cabo un control en el flujo de los recursos, no obstante, la cantidad de leyes, decretos, resoluciones y circulares generan confusión e incertidumbre en todos los actores, así pues, los únicos afectados siguen siendo las personas que reclaman una mejor calidad en el servicio, especialmente los afiliados al régimen subsidiado.

Por último, las entidades territoriales argumentan que el Estado es el mayor acreedor debido “al crecimiento en sus obligaciones por parte de los servicios de salud no cubiertos por subsidios a la demanda prestados a los usuarios” (Procuraduría General, 2012, p. 101), estas responsabilidades le fueron asignadas por el Decreto 806 de 1998 y la Ley 715 de 2001, y reiterada por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008, en este sentido, dicho aumento en las responsabilidades ha originado un serio agotamiento de la fuente de financiación, al adoptar la política nacional de ampliación de la cobertura en el régimen subsidiado que asegura un plan de beneficios limitado, sin olvidar que los servicios por fuera de este plan están bajo su competencia.

Por tal motivo, en los últimos años el problema se ha ido agravando, en especial, por la complejidad de la asignación de las fuentes de financiación y la falta de oportunidad y celeridad en la transferencia de fondos, así como la actualización de los procedimientos y medicamentos del POS, por lo que muchas IPS están a punto de declararse en quiebra.

Por tanto, el problema jurídico en torno al cual giró el presente trabajo de grado fue el siguiente: ¿Cuál es el grado de efectividad de las reformas normativas planteadas a la Ley 100, en especial, para los afiliados al régimen subsidiado?

3.1 Preguntas orientadoras

¿Cuáles son los elementos característicos del sistema de seguridad social integral?

¿Cuáles son las consideraciones de la Corte Constitucional y el Consejo de Estado, respecto al sistema de seguridad social integral?

¿Cuáles han sido las principales reformas a la Ley 100 en aras de prestar un mejor servicio a los miembros del régimen subsidiado?

¿Por qué a pesar de que el gobierno gira los recursos necesarios los hospitales no prestan un servicio adecuado, en especial a los miembros del régimen subsidiado?

4. JUSTIFICACIÓN

Interés:

Con el fin de optimizar los derechos fundamentales establecidos en la Constitución de 1991, la Ley 100 creó el sistema de seguridad social integral. No obstante, las altas Cortes, en especial la Corte Constitucional, en reiterados pronunciamientos han planteado las severas problemáticas que vive hoy en día el sistema general de seguridad social en salud —SGSSS—, estableciendo los lineamientos básicos para el goce efectivo del pleno derecho a la salud, asegurando los contenidos de calidad, disponibilidad, accesibilidad y adaptabilidad, sugiriendo el camino que debe seguirse en materia de políticas públicas para garantizar la calidad de la salud. Por tanto, el interés de este trabajo de grado radica en analizar el impacto de las reformas realizadas a la Ley 100 promulgadas para dar solución a la gran problemática que aqueja al sistema de salud colombiano.

Además, se analizará si las órdenes dadas por la Corte Constitucional para el mejoramiento de la calidad y la efectivización del derecho a la salud, como son: la actualización y renovación del POS; ampliación de las funciones del Comité Técnico Científico; unificación del POS; cobertura universal sostenible; aseguramiento del flujo de recursos del sistema; el sistema de recobro; y el plan de contingencia para el reembolso de los pagos atrasados; son llevados a cabo de manera efectiva por las nuevas normativas.

Novedad:

La novedad que presenta este trabajo de grado reside en que hoy en día tanto la Constitución como el ordenamiento jurídico reconocen a la seguridad social como un derecho fundamental. Sin embargo, a pesar de lo anterior, y del pronunciamiento de estado de cosas inconstitucional por parte de la Corte en la sentencia T-760, la problemática en materia de salud y pensiones sigue siendo recurrente. Por lo que la tutela se ha convertido en el mecanismo más efectivo por parte de los ciudadanos para reclamar el derecho a la salud y poder acceder así a los procedimientos o medicamentos que no están incluidos dentro del POS. Lo cual ha repercutido en una ‘tutelitis’ aguda con el pasar de los años, que en vez de beneficiar al sistema lo hace menos eficiente.

Por ende, y aunque se han realizado una gran cantidad de estudios e investigaciones en materia de seguridad social, el presente trabajo de grado es novedoso en la medida en que conjuga tanto la jurisprudencia, la doctrina y las reformas normativas de los últimos años, con el fin de demostrar que las reformas realizadas a la Ley 100 no son de carácter estructural, sino simples modificaciones, por lo que los graves problemas de fondo que aquejan al sistema todavía siguen vigentes.

Utilidad:

El resultado de este análisis será de gran utilidad, ya que a pesar de que uno de los objetivos fundamentales de las mencionadas reformas —Ley 1122, Ley 1438— era la mejora en la calidad y eficiencia del servicio para los afiliados, especialmente a los del régimen subsidiado gracias a un flujo más efectivo de los recursos, los resultados siguen siendo iguales a la hora de atender a las

personas más pobres y vulnerables, asimismo, debemos agregar que “tanto las EPS como los entes territoriales manifiestan preocupación ante la falta de oportunidad y de recursos para el pago de los recobros por concepto de servicios no incluidos en el POS” (Procuraduría General, 2012, p. 32) y prestados a sus afiliados en cumplimiento de los fallos de tutela.

Por tanto, este trabajo de grado le aporta a la comunidad académica del programa de Derecho de la Universidad de Manizales al ser construido de manera teórico-práctica, por tal motivo, servirá de base para futuros estudiantes o personas interesadas en el tema permitiéndoles, a su vez, tener claro cómo el sistema de seguridad social integral afecta los derechos fundamentales, en especial a los de las personas más pobres y vulnerables.

5. OBJETIVO GENERAL

- Analizar el grado de efectividad de las reformas normativas planteadas a la Ley 100 para los afiliados al régimen subsidiado, de acuerdo a las leyes 1122 y 1438.

5.1 Objetivos específicos

- Describir el contenido del sistema de seguridad social establecido por la Ley 100 para los afiliados al régimen subsidiado.
- Analizar las reformas propuestas a la Ley 100 por parte de la Ley 1122, con el fin de minimizar la judicialización de la salud.
- Determinar el acceso a los servicios de salud para el régimen subsidiado, a partir de las modificaciones de las leyes 1122 y 1438 al giro de los recursos.
- Identificar las falencias actuales del sistema de seguridad social integral a pesar de las reformas establecidas por las leyes 1122 y 1438.

6. METODOLOGÍA

La investigación del presente trabajo de grado fue de tipo descriptivo-interpretativo, ya que el propósito era el de describir situaciones y eventos. Por lo general, los estudios descriptivos buscan definir las propiedades más importantes, por lo que miden y evalúan los diversos componentes de los fenómenos a investigar, en este caso el sistema de seguridad social integral promulgado por la Ley 100.

A su vez, los estudios descriptivos evalúan de manera independiente cada una de las variables de la investigación, ayudándonos a medir con la mayor precisión posible, por tanto, debe definirse con exactitud qué se va a medir y cómo se va a lograr dicha precisión, sin olvidar que debemos especificar todo lo concerniente a la investigación.

6.1 Tipo de investigación

Al ser una investigación de tipo descriptivo, la información fue recolectada por medio de referencias bibliográficas, ya que esta es la fuente principal que proporcionó la información necesaria para dar una respuesta adecuada a la pregunta problema.

6.2 Método

El método de investigación empleado para la revisión bibliográfica fue el análisis de contenido, el cual es una técnica sistemática y objetiva para hacer inferencias válidas y confiables de los datos con respecto a su contexto, así pues, el análisis de contenido nos permitió identificar la influencia de las reformas propuestas a la Ley 100. A su vez, en cómo estas afectan la eficacia en la prestación de los servicios de salud, en especial para la población más pobre y vulnerable.

6.3 Fuentes de información primaria y secundaria

Mediante preguntas a docentes y personas especializadas en el tema, se logró una primera recolección bibliográfica que llevó a una investigación más específica de los autores y de las bibliografías referenciadas en la primera recolección. A partir de esta recolección bibliográfica y su posterior lectura, se realizó un análisis interpretativo de los conceptos básicos y como estos son aplicados al tema en cuestión.

6.4 Técnicas e instrumentos de recolección de información

La información fue recolectada a través de referencias bibliográficas, normativas y jurisprudenciales, ya que estas son las fuentes directas que proporcionan el marco de estudio y la obtención de los fundamentos para el desarrollo del presente trabajo investigativo. En este orden de ideas, la información bibliográfica se estudió por medio de resúmenes analíticos,

mientras que la información normativa y jurisprudencial se analizó a través de fichas técnicas.

6.4.1 Fases de la investigación

Fase 1: se realizó una búsqueda bibliográfica sobre los conceptos principales, recurriendo a las fuentes primarias y secundarias.

Fase 2: después de recolectada la información se efectuó su respectiva interpretación.

Fase 3: en esta fase se analizaron las sentencias más relevantes en materia de salud, en especial la T-760 de 2008, la cual decreta el estado de cosas inconstitucional.

Fase 4: a su vez, con los resultados de las fases anteriores, se realizó un paralelo, entre las reformas planteadas a la Ley 100, las sentencias de las altas cortes y el impacto real que estas han tenido en la prestación de servicios, en especial a los afiliados al régimen subsidiado.

Fase 5: finalmente, con los resultados obtenidos del paralelo anterior, se concluyó el real estado del sistema de seguridad social integral en Colombia.

6.5 Sistematización de la información

La información recolectada y analizada en las fases anteriores, fue debidamente sistematizada para llegar a las conclusiones respectivas. En la

fase interpretativa se analizó y clasificó de acuerdo con su importancia dentro del trabajo los diversos textos y normativas anteriormente citados.

6.6 Resultados esperados

Los resultados de la presente investigación, ayudarán a establecer el real estado en el que se encuentra el sistema de seguridad social integral en Colombia, a pesar de la serie de reformas propuestas y los reiterados llamamientos de las altas cortes para mejorar los servicios en materia de salud, lo cual podrá ser sometido al debate académico para poder enriquecer las perspectivas de cambio en lo que a adjudicación y efectivización del derecho a la seguridad social se refiere, en especial para las personas más pobres y vulnerables.

7. CRONOGRAMA

Teniendo en cuenta la estrategia metodológica y las fases a seguir, a continuación se presenta la línea de tiempo que se llevó a cabo en esta investigación:

ACTIVIDADES		MESES				
		1	2	3	4	5
Fase 1.	Búsqueda bibliográfica sobre los conceptos principales, recurriendo a las fuentes primarias y secundarias.	X				
Fase 2.	Interpretación de cada uno de los conceptos principales.	X	X			
Fase 3.	Análisis de las sentencias más relevantes en materia de salud, en especial la T-760 de 2008, la cual decreta el estado de cosas inconstitucional.		X	X		
Fase 4.	Paralelo entre las reformas planteadas a la Ley 100, las sentencias de las altas cortes y el impacto real que estas han tenido en la prestación de servicios, en especial a los afiliados al régimen subsidiado.			X		
Fase 5.	Conclusión del real estado del sistema de seguridad social integral en Colombia.				X	X

8. RESULTADOS ALCANZADOS

CAPÍTULO I

EL SISTEMA DE SALUD DE LA LEY 100 Y LA NECESIDAD DE UNA REFORMA

1.1 El sistema de seguridad social integrado

El sistema de seguridad social en Colombia hacia 1990 evidenciaba una baja cobertura, para aquella época la 'cobertura real' en los servicios de salud no pasaba del 60 %, así las cosas tan solo el 17 % de la población del país estaba cobijada por la seguridad social; el 12 % se proveía de salud por sus propios medios; y cerca del 35 % recibía servicios en materia de salud más o menos aceptables por parte del Estado. Sin dejar de lado algo muy importante, que ni la Constitución de 1886 y ninguna de sus reformas posteriores incluía el concepto de seguridad social.

En este sentido, el sistema evidenciaba un desequilibrio manifiesto, los estudios nacionales en materia de salud de ese entonces presentaban una gran cantidad de estadísticas que reflejaban dicha inequidad, en especial en las zonas rurales, al igual que en las personas que poseían un nivel socio-económico bajo, lo más paradójico es que estos grupos poblacionales son los que se encuentran en mayores riesgos en materia de salud.

Por lo que los retos más importantes después de la promulgación de la Constitución de 1991 consistían específicamente en: cobertura, incluyendo a los trabajadores independientes, asimismo, una mayor equidad y una mejora en la calidad de la prestación del servicio en materia de salud.

Por tal motivo, la Ley 100 de 1993 estableció en el artículo 1º lo siguiente,

Artículo 1º. Sistema de seguridad social integral. El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

Así las cosas, el sistema de seguridad social integral implementado por la Ley 100 vinculó tanto a las entidades públicas como privadas, eliminando el monopolio del Estado en la prestación de los servicios de seguridad social, por lo que a partir de ello cada ciudadano podría elegir de manera voluntaria la entidad prestadora de servicios en materia de salud y pensiones.

En efecto, según el tratadista Iván Jaramillo, el concepto de seguridad social que se buscaba con la promulgación de la Ley 100 era el de:

la posibilidad y la probabilidad que tienen los usuarios de acceder con certeza e integralmente a los servicios, mediante el derecho de contraprestación que le otorga a los trabajadores y patrones el pago de la contribución obligatoria. La cotización crea pues una obligatoriedad institucional para la atención de los afiliados y beneficiarios (1999, p. 107).

Asimismo, el sistema planteado pretendía una cobertura integral de cada una de las contingencias que afectan en materia de salud y pensiones a los colombianos, en este orden de ideas, el sistema de seguridad social está compuesto por: el sistema general de pensiones —SGP—; el sistema general de seguridad social en salud —SGSSS—; el sistema general de riesgos profesionales —SGRP—.

Por ello, el sistema de seguridad social integral promulgado por la Ley 100 incluye los principios de equidad, obligatoriedad, unidad e integralidad, sin dejar de lado, como ya lo hemos mencionado, la eficiencia y la libre elección. De igual forma incluía la descentralización, la participación comunitaria, la subsidiariedad, la complementariedad, entre otros.

Por lo que en palabras de Pereira Arana,

el espíritu general de la reforma le apuesta a un sistema que combine la solidaridad en los subsidios con la apertura de la prestación del servicio al mercado para proveer al usuario la libre elección sobre el acceso a la salud (2007, p. 2).

A lo que agrega,

el sistema se organizó de tal forma que la población afiliada al sistema a través de cotizaciones se agrupará en el régimen contributivo (RC), y la población afiliada gracias a los subsidios estatales se agrupará en el régimen subsidiado (RS) (Pereira Arana, 2007, p. 3).

En este sentido, el sistema del régimen contributivo está compuesto para que los trabajadores tramiten la prestación de los servicios en materia de salud, con las Entidades Promotoras de Salud —EPS— mediante sus cotizaciones propias y las de sus empleadores.

Es decir, bajo este sistema, “el Estado sólo tiene la obligación de facilitar el acceso y vigilar los derechos y obligaciones de los afiliados” (Jaramillo, 1999, p. 107).

Así,

las EPS se encargan de manejar los aspectos financieros tales como la afiliación, el recaudo de las cotizaciones, las relaciones de compensación con el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), el manejo del aseguramiento y la contratación de servicios (Ortiz, 2004, p. 259).

Mientras que el régimen subsidiado funciona gracias a los aportes de los parafiscales, los recursos estatales y los aportes del régimen contributivo, creando así,

el Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN), como mecanismo de selección de la población que requiere del subsidio estatal. Se diseñó para efectos de la identificación una encuesta que evalúa aspectos de la calidad de vida para determinar la necesidad del subsidio (Pereira Arana, 2007, p. 4).

En este orden de ideas, las EPS ofrecen tanto a las personas afiliadas al régimen contributivo como aquellas que pertenecen al régimen subsidiado sus servicios en materia de salud por medio del Plan Obligatorio de Salud —POS—, de esta manera se preveía —en teoría— que cada colombiano debería estar cubierto por cualquiera de los dos regímenes y disfrutaría del paquete de servicios propuestos por el POS.

Por tanto,

el plan obligatorio de salud (POS) abarca el suministro de medicamentos (genéricos), atención odontológica, enfermedades de alto costo, sin permitir la exclusión por preexistencias ni períodos de carencia; factores que están presentes en los seguros de salud privados. Se prevé entonces una integralidad vertical (cobertura de riesgos y servicios de salud para cada persona, incluidos en el POS) y una

integralidad horizontal (cobertura sobre beneficiarios miembros de la misma familia) (Ortiz, 2004, p. 257).

De igual manera el POS contempla todos los servicios en materia de salud, con excepción de la ortodoncia, cirugías estéticas, al igual que no aplican preexistencias de enfermedades de alto costo, como si ocurre en los planes de medicina prepagada.

Asimismo existe un plan de atención básica (PAB), gratuito y obligatorio, cuyas funciones son: realizar actividades de prevención y promoción colectiva de la salud, la vigilancia epidemiológica y el control de factores de riesgo (Ortiz, 2004, p. 259).

Además,

para acceder a servicios de alto costo (período de carencia) se requiere de un período mínimo de cotización de 2 años, garantizando así un sustento financiero al sistema. En el evento que el afiliado requiera atención de alto costo sin haber hecho contribuciones al menos por dos años, se le cargará un pago extra que puede ser subsidiado parcial o totalmente por el patrono (Ortiz, 2004, p. 257).

No obstante, hasta el momento, la meta propuesta no ha sido alcanzada e incluso otro de los objetivos principales de la Ley 100 como era el de eliminar la desigualdad e inequidad también se ha quedado corto debido a que el POS

para los afiliados del régimen subsidiado contempla menos servicios que el paquete del régimen contributivo, planteando una seria desigualdad entre las distintas clases de afiliados.

Sin embargo, para autores como Acuña no todo ha sido malo,

a pesar de las críticas, la reforma al sistema de Salud tuvo impactos positivos. En particular, permitió a la población más vulnerable un mayor acceso a los servicios de salud que, a pesar de no ser comparable en calidad con los servicios que reciben los afiliados al régimen contributivo, ha impactado positivamente su nivel de vida (2009, p. 2).

De igual forma para Mauricio Santa María, a pesar de no alcanzarse las metas programáticas, una evidencia de la mejora de la situación en materia de salud para los colombianos consiste en que,

la inmunización para enfermedades como la difteria, tosferina, varicela y tétano es muy similar al de los países latinoamericanos (85 % de la población esta vacunada), además la mortalidad infantil se ubica entre las más bajas de América Latina, con índices cercanos a 17 muertes por cada mil nacidos. La prevalencia de enfermedades en zonas urbanas disminuyó (Aprox. en un 5 %), y actualmente no existe diferencia en las citas de prevención entre los afiliados al RC y al RS (Santa María, 2011, p. 26).

Agregando que,

en efecto, con la Ley 100 de 1993 se creó un nuevo sistema de salud basado en principios de solidaridad y competencia regulada de las entidades de aseguramiento y prestadoras de salud, entre otros. Adicionalmente, la Ley 100 intentó modificar la forma de financiamiento desde la oferta a la demanda. En este orden de ideas, el cambio más importante, que buscaba directamente mejorar la cobertura y la calidad del servicio recibido por los más pobres, fue la creación del RS. Su introducción, es el primer cambio estructural del sistema de salud en Colombia (Santa María, 2011, p. 22).

1.2 Las problemáticas del sector salud

A pesar de los avances planteados los problemas del sistema de salud son demasiado notorios, en especial lo que tiene que ver con el servicio por parte de las EPS. Asimismo, vale la pena recordar que la Ley 100 creó las denominadas Instituciones Prestadoras de Servicios —IPS— las cuales son públicas, privadas o mixtas, de igual forma se les permitió a las EPS tener sus propias IPS, no obstante, según la ley, se debe dar una variedad de opciones para que los afiliados puedan escoger cuál de las instituciones disponibles les prestará los servicios. Por esta razón, el sistema de seguridad social integral,

separa las funciones financieras y de prestación de los servicios de salud mediante una estructura compuesta por dos figuras básicas: las EPS y las IPS [...] las IPS se encargan de la provisión de los servicios del POS. Ambas instituciones están

estrechamente vinculadas dado que las IPS son contratadas por las EPS para proveer salud a sus afiliados. Así cuando una persona escoge afiliarse a una determinada EPS, indirectamente también escoge la IPS que le va a prestar los servicios del POS (Ortiz, 2004, p. 259).

Por otro lado, al momento de presentarse la reforma por parte de la Ley 100 se pretendía que más del 50 % de los colombianos estuviesen afiliados en el régimen contributivo aportando recursos para el efectivo sostenimiento del régimen subsidiado.

Sin embargo, las cifras actuales demuestran todo lo contrario, en palabras de Acuña,

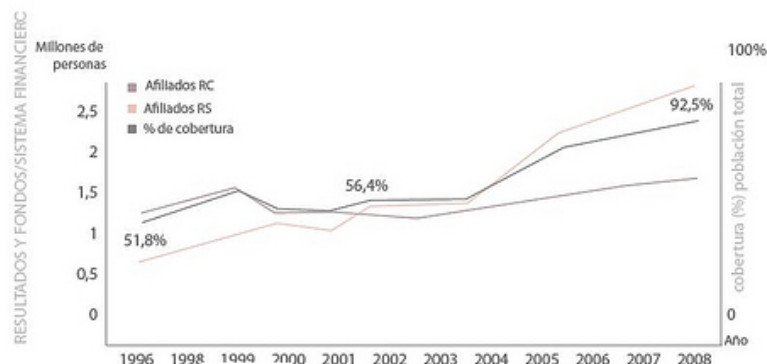
hoy, de los 40 millones de colombianos que tienen acceso al sistema de salud, 23 millones pertenecen al régimen subsidiado, y solo 17,5 millones pertenecen al régimen contributivo; de estos, solo 7 millones cotizan, de modo que los 10 millones restantes son beneficiarios (2009, p. 5).

Con base en lo anterior, hay una asimetría en el planteamiento original de la reforma, es decir, son más las personas que pertenecen al régimen subsidiado y menos los que realizan aportes al régimen contributivo, por lo que el Estado ha tenido que financiar los servicios del régimen subsidiado con sus propios recursos.

Dicho desbalance, que se ha venido ampliando en los últimos 10 años (ver gráfico 1.) ha hecho que gran parte de los usos del RS deban ser financiados con recursos del estado; razón por la cual el gasto público destinado a este rubro ha venido en ascenso sostenido, llegando a representar en el año 2006 más del 17% del gasto público total de ese año (Acuña et al., 2009, p. 4).

Veamos la gráfica que nos presenta Acuña et al. para ejemplificar la situación descrita:

Número de personas afiliadas al RC, RS y porcentaje de cobertura total



Fuente: Acuña et al. (2009).

Por esta razón, un sistema que fue diseñado para ser sostenido y financiado con impuestos a la nómina y los ingresos del sistema general de participaciones ha venido colapsando en los últimos años y ¿por qué colapso?, porque este tipo de sistema le da una gran importancia a la formalidad laboral,

ya que aquellos que contribuyen con el impuesto a la nómina financian la prestación de los servicios de salud para ambos regímenes.

Además, con una mejor financiación la calidad del servicio puede ser mayor, así que debido a la gran informalidad laboral en la que vive Colombia el Estado se vio en la necesidad de aumentar el porcentaje en las cotizaciones tanto de salud como de pensiones, generando un incremento de los costos salariales.

De acuerdo con Acuña,

este hecho ha tenido un impacto directo en la generación de empleo formal, que como se comentó anteriormente, ha reducido a su vez la base de cotizantes al sistema (por aumentos en el desempleo, y en el empleo informal) (2009, p. 5).

1.3 La Corte y el estado de cosas inconstitucional en materia de salud

Todo lo anterior ha llevado a que se vaya en contra vía tanto de las intenciones primarias de la Ley 100 como de los posteriores pronunciamientos de la Corte Constitucional en lo referente al derecho y a la calidad de la salud, a saber:

toda persona tiene derecho a que la entidad encargada de garantizarle la prestación de los servicios de salud, EPS, autorice el acceso a los servicios que requiere y aquellos que requiere con necesidad, incluso si no se encuentran en el plan

obligatorio de salud; obstaculizar el acceso en tales casos implica irrespetar el derecho a la salud de la persona. El acceso a los servicios debe ser oportuno, de calidad y eficiente (Sentencia T-760 de 2008, M. P. Manuel José Cepeda).

Así es la sentencia T-760 de 2008 la que presenta con mayor claridad las serias problemáticas que vive el SGSSS en Colombia, estableciendo los lineamientos básicos para el goce efectivo del pleno derecho a la salud, asegurando los contenidos de calidad, disponibilidad, accesibilidad y adaptabilidad, sugiriendo el camino que debe seguirse en materia de políticas públicas para una adecuada calidad de la salud.

Por tanto, los siguientes son los elementos principales que deben abordarse en materia de políticas públicas para el goce efectivo del derecho a la salud tanto en el orden formal como sustancial, de acuerdo con la Corte. En este orden de ideas, en el orden formal se requiere:

i) coordinación, ii) participación para canalizar los intereses de los distintos actores, iii) publicidad y transparencia, iii) deliberación, iv) sin límites materiales, v) posibilidades de exhortación a las autoridades responsables, vi) espacios de deliberación, vii) rendición de cuentas y viii) sostenibilidad en el pequeño, mediano y largo plazo. Todo con la finalidad de otorgarle al proceso de implementación la mayor legitimidad posible y blindarlo de todo efecto contrario a los intereses superiores de la comunidad (Sentencia T-760 de 2008, M. P. Manuel José Cepeda).

Mientras que en el orden sustancial y teniendo en cuenta, a su vez, las recomendaciones de la Procuraduría General de la Nación, es necesario incluir para la Corte los siguientes elementos:

(i) que el sistema de salud no se limite a atender la enfermedad sino que también trate los factores subyacentes y determinantes de la salud, (ii) que el diseño y funcionamiento de dicho sistema respete ciertos principios básicos comunes a los derechos humanos, como el deber de transparencia, la participación, la rendición de cuentas y el respeto a las diferencias culturales y a los principios de igualdad y de no discriminación, (iii) que cuente con un sistema de información, de indicadores y metas, en perspectiva de derechos humanos, que permita evaluar con claridad los avances y retrocesos en la satisfacción del derecho a la salud, (iv) que el Estado promueva sistemas de financiación adecuados y equitativos que canalicen los recursos necesarios para lograr una satisfacción progresiva pero cada vez más plena e integral del derecho a la salud, y (v) que la política de salud satisfaga los contenidos básicos directamente exigibles del derecho a la salud (Corte Constitucional, sentencia T-760 de 2008, M. P. Manuel José Cepeda).

Asimismo, la Corte Constitucional evidenció las siguientes problemáticas que reflejan el 'estado de cosas inconstitucional' en materia de salud, por lo que a continuación presentaremos los puntos jurídicos de mayor interés y que violan progresivamente el derecho a la salud de los colombianos, con énfasis en el accionar de las EPS que en última instancia se han convertido en las instituciones que mayores vulneraciones efectúan a dicho derecho, a saber:

i) una entidad no autoriza la prestación de los servicios ordenados por el médico tratante por el hecho de no encontrarse incluido en el plan obligatorio de salud pero que requiere la persona y no puede costearlo,

ii) una entidad no autoriza el acceso a un servicio de salud que se requiere hasta tanto no cancele el pago moderador incluso si la persona carece de la capacidad económica para hacerlo,

iii) una entidad no autoriza a una niña o un niño un servicio que requiere y sus responsables no lo pueden costear, por el hecho de no encontrarse incluido en el plan obligatorio de salud o porque la vida o la integridad personal del menor no dependen de la prestación del servicio,

iv) no se suministra el servicio que ha sido ordenado por un médico que no está adscrito a la entidad respectiva pero es especialista en la materia y trataba a la persona,

v) la entidad encargada de garantizarle el acceso a una prestación social derivada de su estado de salud (incapacidades laborales) se niega a autorizarlo porque no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello,

vi) una entidad interrumpe el suministro del servicio de salud porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar en razón a que ahora es desempleado,

vii) una entidad se niega a afiliar a una persona, a pesar de haberse cumplido el tiempo necesario para poder trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe un niño, su hijo, que padece una enfermedad catastrófica y, por tanto, debería esperar más tiempo para poder trasladarse...

[...] ix) Si vulnera el derecho a la salud la interpretación restrictiva del POS, según la cual se entienden excluidos los insumos no mencionados expresamente en el POS, y procede en consecuencia su recobro ante el FOSYGA cuando son ordenados por un juez de tutela (Corte Constitucional, sentencia T-760 de 2008, M. P. Manuel José Cepeda).

Además, la Corte identificó otras causales por parte del Estado que promueven la violación del derecho a la salud, entre ellas: (i) la incertidumbre que se genera en los afiliados por desconocer cuáles son los servicios incluidos, los no incluidos y los excluidos del POS, presentando un serio impacto en la prestación del servicio de salud; (ii) el uso reiterado de la tutela para poder acceder a los servicios; (iii) el derecho a la salud le impone al Estado avanzar progresivamente en la ampliación del servicio, especialmente los servicios del régimen subsidiado; (iv) las instituciones deben propender por la prestación de los diversos procedimientos, yendo más allá del mero suministro de medicamentos, y garantizando la efectiva prestación de los mismos.

Con base en las anteriores problemáticas del sistema, la Corte planteó una serie de órdenes para el mejoramiento de la calidad y la efectivización del derecho a la salud, entre ellas se destacan: (i) *planes de beneficio*: la actualización y renovación del POS, ampliación de las funciones del Comité Técnico Científico, unificación del POS tanto para menores como para las demás personas; (ii) *cobertura universal*: debe asegurarse la cobertura universal sostenible, informando sobre los avances de la misma, de no darse en la fecha estipulada debe justificarse plenamente; (iii) *flujo de recursos*: debe asegurarse el flujo de recursos del sistema, el sistema de recobro debe ser diseñado para que sea más eficiente, además de crearse un plan de contingencia para el reembolso y los pagos atrasados; (iv) *acceso a la información*: debe entregársele por parte de la EPS al afiliado sin importar al régimen que pertenezca una carta con los derechos a los cuales es merecedor y otra de desempeño, de forma clara y sencilla.

Sin embargo, y a pesar del pronunciamiento de estado de cosas inconstitucional por parte de la Corte, hoy en día, siguen siendo recurrentes e incluso más graves, los mismos problemas planteados en el 2008, como son:

es preocupante que alrededor del 18 % de la población, aproximadamente 7 millones de personas, no se encuentre asegurada en ninguno de los dos regímenes establecidos, y que la mayor parte de los no asegurados sean personas de los niveles más pobres (Corte Constitucional, sentencia T-760 de 2008, M. P. Manuel José Cepeda).

De igual forma, continúa la Corte:

las consecuencias sociales de la falta de cobertura de aseguramiento han sido evaluadas en forma exhaustiva. Se ha encontrado que los problemas asociados a la falta de un seguro de salud no se limitan a los costos económicos ocasionados por un pobre estado de salud y sus consecuencias sobre el estado funcional y desarrollo de niños y adultos, sino que incluyen el impacto sobre la estabilidad económica y el bienestar psicosocial de las familias, además de las externalidades negativas sobre las instituciones, la economía local y la salud de la población que se generan en comunidades donde hay un gran número de individuos no asegurados. Esta evidencia soporta el planteamiento de que los principales esfuerzos del Gobierno Nacional se deben continuar dirigiendo a reducir el número de colombianos sin seguro de salud y lograr la cobertura universal, con particular énfasis en la población más pobre y vulnerable (Sentencia T-760 de 2008, M. P. Manuel José Cepeda).

Agregando,

además del riesgo financiero y de las barreras al acceso a los servicios de salud que implica la falta de un seguro para la población, no haber logrado la cobertura universal también genera grandes ineficiencias en el funcionamiento del SGSSS. Primero, existe un sistema dual de subsidios a la oferta y a la demanda donde las responsabilidades de atención de la población son confusas y encontradas, que dificulta la

planeación, gestión y vigilancia de los recursos lo cual implica una operación más costosa, y que genera inequidades en el acceso a los servicios de salud.

Segundo, conlleva a que el esquema de aseguramiento existente opere en condiciones sub óptimas, ya que con el aseguramiento universal se podría obtener una mejor dispersión del riesgo en salud y del riesgo financiero, se reduciría el problema de selección adversa, y sería más claro que los aseguradores son los responsables últimos de la salud de la población (Corte Constitucional, sentencia T-760 de 2008, M. P. Manuel José Cepeda).

Por tal motivo, y de acuerdo a las series problemáticas del sistema de salud, el Estado se ha visto en la necesidad de establecer una serie de reformas a la Ley 100, con el fin de subsanar las falencias anteriormente evidenciadas del sistema. En este orden de ideas, una de las principales reformas fue la Ley 1122 de 2007.

La reforma fue aprobada mediante la Ley 1122 de 2007, “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.” En concordancia con lo debatido en el Congreso de la República, en el artículo 9 de la Ley se fijó un nuevo plazo para lograr la cobertura universal de aseguramiento (Corte Constitucional, sentencia T-760 de 2008, M. P. Manuel José Cepeda).

Por tanto, en el siguiente capítulo analizaremos las implicaciones de la Ley 1122 para el funcionamiento del SGSSS y la efectiva realización del derecho a la salud, así como la reforma constitucional a las transferencias para la salud y su distribución entre los entes territoriales.

CAPÍTULO II

LA LEY 1122 DE 2007, UNA REFORMA POCO ESTRUCTURAL

2.1 La judicialización de la salud

Como vimos en el capítulo anterior la Ley 100 de 1993 a pesar de tener grandes aciertos, también se ha quedado corta en factores fundamentales tales como la cobertura, la equidad y la prestación de los servicios para determinados sectores, en especial los más vulnerables. Sin embargo, uno de los aspectos más relevantes que debemos tener en cuenta a la hora de hacer cualquier tipo de investigación es el rol que han jugado los jueces en el sistema de salud colombiano en los últimos diez años.

Así pues, autores como César Rodríguez manifiestan que las intervenciones judiciales forman parte de,

un campo institucional más amplio, en el que los jueces son apenas uno de los actores relevantes e interactúan, a veces colaborando, a veces chocando, con una amplia variedad de actores públicos y privados, desde el Gobierno nacional hasta los médicos, pasando por los aseguradores privados o las empresas promotoras de salud (EPS), las empresas farmacéuticas, los hospitales y demás instituciones prestadoras de servicios (IPS), los movimientos sociales y las

organizaciones de derechos humanos, entre muchos otros (2012, p. 508).

Así las cosas, esta denominada judicialización del sector salud se debe a diversos factores que demuestran las fallas reiteradas del sistema —como lo plantea la sentencia T-760 de 2008—, lo que ha generado que la sociedad civil deba recurrir a los tribunales para hacer valer su derecho a la salud.

Por tal motivo, la Corte en un primer momento “acogió tutelas sobre el derecho a la salud y ordenó el suministro de medicamentos, cirugías, citas o tratamientos que fuesen necesarios para garantizar el derecho constitucional a una vida digna” (Rodríguez, 2012, p. 512); en otras palabras, interpretando el artículo 49 de la Constitución Política, la Corte determinó que, “aunque el derecho a la salud no era exigible judicialmente de forma directa por no ser un derecho constitucional fundamental, sí podía ser reclamado ante los jueces cuando quiera que la falta de una prestación (por ejemplo, un medicamento o un tratamiento) pusiera en peligro la vida del demandante o su posibilidad de llevar a cabo una vida digna.

En efecto, fue gracias a esta posición y a la conexidad entre el derecho a la salud y a la vida que la tutela se convirtió en el mecanismo más efectivo de garantía de los mencionados derechos. Con base en ello, esta perspectiva daría pie a que en años posteriores la mayoría de los ciudadanos accediesen a los procedimientos o medicamentos que no estaban incluidos en el POS, así pues “la decisión de la Corte fue aplicar el criterio de conexidad también a estos casos y ordenar el suministro de lo prescrito por el médico tratante, incluso si no estaba incluido en el POS” (Rodríguez, 2012, p. 512). En este sentido, y debido a la no actualización del POS, se generaron una extensa

línea de sentencias al respecto, lo que repercutió en una ‘tutelitis’ aguda con el pasar de los años.

En palabras de César Rodríguez:

paradójicamente, es probable que esta “tutelitis” haya sido ocasionada, al menos parcialmente, por los primeros intentos de la Corte Constitucional por sistematizar y racionalizar su creciente jurisprudencia sobre el tema: las Sentencias de unificación 111 y 480 de 1997. Como en los demás fallos de este tipo, la Sala Plena de la Corte, conformada por sus nueve magistrados, fijó una postura única que resolvía diferencias en la forma en que sus distintas salas (compuestas cada una por tres magistrados) habían resuelto casos similares (2012, p. 515).

En un segundo momento, y agregándole al concepto de conexidad —establecido en las primeras sentencias de la Corte— el criterio de mínimo vital por el cual se define el conjunto de condiciones básicas para materializar el contenido a la vida digna, la Corte Constitucional en la sentencia SU-480 de 1997 generó la posibilidad de que las EPS cobrasen al FOSYGA todo aquello que no estuviese incluido en el POS y que debido a la acción de tutela debía prestarse a sus afiliados. En este sentido la Corte manifestó lo siguiente:

como se trata de una relación contractual, la E.P.S. sólo tiene obligación de lo especificado, el Estado le delegó dentro de reglas puntuales, luego, si se va más allá de lo reglado, es justo que el medicamento dado para salvar la vida sea

sufragado, mediante repetición, por el Estado (Sentencia SU-480 de 1997, M. P. Alejandro Martínez Caballero).

Asimismo,

hay un Fondo de Solidaridad y garantía, inspirado previamente en el principio constitucional el de la SOLIDARIDAD, luego a él habrá que acudir. Pero como ese Fondo tiene varias subcuentas, lo más prudente es que sea la subcuenta de “promoción de la salud” (art. 222 de la ley 100 de 1993).

Además, la repetición se debe tramitar con base en el principio de CELERIDAD, ya que la información debe estar computarizada, luego, si hay cruce de cuentas, éste no constituye razón para la demora, sino que, por el contrario, la acreencia debe cancelarse lo más rápido (Sentencia SU-480 de 1997, M. P. Alejandro Martínez Caballero).

No obstante, para César Rodríguez, el efecto no fue el esperado, ya que el mecanismo de cobros:

vendría a ser un estímulo poderoso para que los diferentes actores del sistema (pacientes, EPS, médicos, farmacéuticas, etc.) utilizaran de forma aun más intensiva el mecanismo de la tutela (2012, p. 516).

A lo cual agrega,

el resultado fue apreciable en las cifras de recobros al FOSYGA, que crecieron sostenidamente en este período, pasando de 2816 millones de pesos en el 2001 a una cifra 370 veces más alta (1039 billones de pesos) en el 2008 (2012, p. 516).

La anterior situación llevó a que Colombia fuera uno de los países con mayor número de litigios en materia de salud del mundo. Por esta razón, el gobierno se vio en la necesidad de plantear una reforma, sin embargo, no se planteó una reforma estructural como tal, sino algunas modificaciones con el propósito de realizar unos cuantos ajustes al sistema de salud vigente, con base en ello se promulgó la Ley 1122 de 2007.

2.2 Los 'ajustes' a la Ley 100 por parte de la Ley 1122

La Ley 1122 no derogó la Ley 100 tan solo buscaba el mejoramiento en la prestación del servicio, haciendo una serie de reformas en materia de: universalización; dirección; financiación; equilibrio entre los actores del sistema; racionalización y mejoramiento en la prestación del servicio; fortalecimiento de los programas de salud pública; entre otras. Así, para el especialista Jairo Humberto Restrepo,

la Ley 1122 es el resultado de un largo y complejo proceso de discusión nacional iniciado en el 2003, con ocasión de cumplirse los primeros diez años de aprobación de la Ley 100

de 1993. Desde entonces han proliferado los proyectos de ley y los debates encaminados a reformar el Sistema de Seguridad Social en Salud, con la persistencia de un conflicto en torno al tipo de Estado que quieren los colombianos (2007, p. 82).

Asimismo, Hernández y Vega (2001) plantearon la necesidad de discutir la participación privada y pública en la prestación de los servicios en materia de salud, al igual que el establecimiento de incentivos para mejorar la calidad y eficiencia de este derecho, especialmente en equidad y cobertura.

Así, entonces, que la norma en cuestión plantee la evaluación con base en indicadores de gestión es apenas entendible; que la haga con base en indicadores de salud, en gran medida es comprensible, amén de que cada vez es más claro que la salud tiene mucho más que ver con las condiciones de vida que con la prestación de servicios (Restrepo, 2007, p. 99).

En efecto, la mencionada ley tiene como objeto principal la universalización, para que todo colombiano tenga acceso al sistema, no obstante, vale la pena aclarar que cuando hablamos de universalidad el gobierno solo se refiere al aseguramiento, en palabras de Román Restrepo:

para el efecto, lo que hace la norma de referencia, en primera instancia, es establecer fundamentalmente un nuevo significado a la universalidad en el SGSSS. Lo hace en varios de sus artículos, si bien en ninguno de ellos anuncia expresamente una redefinición del término ni una reforma de las normas anteriormente mencionadas (2007, p. 96).

Con base en lo anterior, el artículo 14 define al aseguramiento en materia de salud, como la administración y la gestión del riesgo en salud, articulando los servicios necesarios para un acceso efectivo y con calidad, además de la representación del afiliado ante todos los actores.

Sin embargo, la Ley 1122 no hizo una reforma al esquema de aseguramiento tan solo intento ampliar las reglas de esta función para el régimen subsidiado, así como una nueva meta de cobertura para los estratos 1, 2 y 3.

A pesar de lo anterior,

un aspecto poco afortunado, en cuanto contradice la idea o desvía el horizonte de una cobertura universal en sentido de población con planes de beneficios idénticos, es que la Ley le da un carácter permanente al esquema de subsidios parciales, lo cual no es más que un subsidio pleno a la cobertura de un plan de beneficios parcial (Restrepo, 2007, p. 86).

A lo que Puyana Silva plantea,

para todo lo anterior, el asegurador debe asumir el riesgo transferido por el usuario y cumplir con las obligaciones establecidas en los planes obligatorios de salud. El asegurador es la Entidad Promotora de Salud, del régimen contributivo o del régimen subsidiado (2008, p. 3).

Así pues, el sistema está diseñado en el aseguramiento de individuos y familias ante el riesgo de salud e incorpora mecanismos de solidaridad financiera, competencia en la administración y prestación de servicios. A su vez, el aseguramiento queda en manos de las EPS, por medio de los dos regímenes que son excluyentes, todo sobre la base de la calidad del servicio en beneficio del usuario.

Las EPS deben pagar los siniestros, entendidos como los eventos contemplados en el POS (que desempeña el papel de “póliza de seguro”) que afecten la salud del beneficiario. El POS contempla además actividades de promoción y prevención. La entidad aseguradora está obligada a prestar el servicio de salud a los beneficiarios por medio de sus propias IPS o a contratar los servicios correspondientes con otras, con profesionales independientes o con grupos de práctica profesional debidamente constituidos (Azuero, 2012, p. 192).

En este orden de ideas, los elementos que se hallan presentes en el aseguramiento en salud son: el riesgo y el interés asegurable, la prima del seguro y la obligación condicionada del asegurador. Así, el riesgo es aquel al que se encuentra expuesta toda persona, el interés es la necesidad de protección contra dicho riesgo, es decir, la protección contra todas las consecuencias de una enfermedad. Mientras que,

el precio o prima del seguro es la suma de dinero que el Sistema de Seguridad Social en Salud reconoce por cada asegurado y la obligación condicional del asegurador es la obligación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y las Instituciones Prestadoras del Servicio (IPSS) de cubrir con

calidad y eficiencia los servicios médicos que requiera un asegurado (Silva, 2009, p. 3).

Por tanto, la ley estableció la aplicación del principio constitucional de solidaridad —tal cual lo manifestase la Corte en la sentencia SU-480—, por lo que las personas contribuyen a la financiación del sistema con sus ingresos, sin que por esto haya lugar a la discriminación en los servicios, ya que el POS debe ser igual para todos. De tal manera que de las contribuciones de las personas con capacidad de pago y los recursos que el Estado gira a los entes territoriales, es que se puede pagar el precio del seguro del UPC.

En este sentido, la UPC en el régimen contributivo sirve para el proceso de compensación. Mientras que en el régimen subsidiado sirve de ajuste de riesgo, así como de prima, por lo que el subsidio es equivalente a la oferta que el Estado reconoce al asegurador por cada beneficiario. Actualmente, la definición del monto de la UPC corre a cargo de la Comisión de Regulación en Salud.

La Ley 1122 creó la Comisión de Regulación en Salud —CRES— como una unidad administrativa técnica adscrita al Ministerio de Protección Social. En este sentido el CRES está facultado por la ley para: (i) definir el valor anual de la UPC; (ii) decidir y actualizar el POS, además del contenido de los medicamentos esenciales y genéricos; (iii) definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales y los mecanismos para hacerlos efectivos; (iv) establecer los criterios para los copagos y las cuotas moderadoras; (v) definir el régimen por el cual las EPS deben pagar las incapacidades y las licencias de maternidad; (vi) establecer un sistema de honorarios y tarifas, el cual debe ser revisable cada año; (v) presentar un informe anual al Congreso; (vi) recomendar proyectos de ley o decretos.

Con esto se ha procurado resolver la multiplicidad de roles que asumía el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como regulador, organismo de concertación y administrador del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) (Restrepo, 2007, p. 84).

A su vez,

las decisiones que la comisión tome para el régimen contributivo deben consultar el equilibrio financiero del sistema, de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad a mediano y largo plazo, y cuando se refieran al régimen subsidiado deben ser compatibles con el marco fiscal a mediano plazo (Silva, 2009, p. 3).

Otro de los aspectos destacados de la Ley 1122 es que pretendía disminuir los recobros generados por la excesiva 'tutelitis', creando los incentivos necesarios para que los comités técnico-científicos de las EPS estudiaran rigurosamente las peticiones de los medicamentos no incluidos en el POS.

Así pues,

en los casos en que los CTC no hicieran el estudio y el paciente ganara posteriormente una tutela, la ley (artículo 14, literal j) determinó que la EPS podría recobrar al FOSYGA solo el 50 % del gasto, y debía cubrir con fondos propios la otra mitad (Rodríguez, 2012, p. 517).

Además,

amplió las competencias judiciales y de conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) para resolver reclamos que estaban llegando masivamente a los juzgados (artículos 20, 25, 35 y ss.) (Rodríguez, 2012, p. 517).

Debido a que el derecho a la salud puede ser protegido por la acción de tutela y a las fallas reiteradas del sistema, se generó una constante congestión del órgano jurisdiccional. Por lo que con la competencia asignada a la SNS se pretendía descongestionar la rama judicial, con la misma celeridad y eficiencia con que ocurren las decisiones de tutela.

Además de lo anterior, se destaca en la Ley 1122 la creación del sistema de inspección, vigilancia y control, con la adopción de una nueva jurisdicción en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, lo cual va acompañado de la figura del defensor del usuario (Restrepo, 2007, p. 84).

No obstante, las cosas no han cambiado mucho, de acuerdo con Azuero:

la proliferación de tutelas y de solicitudes de recobros sobre servicios no incluidos en el POS ha producido un problema importante en el flujo de recursos, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. Según las sentencias de la Corte Constitucional, las EPS deben prestar los servicios no-POS exigidos mediante tutela o aprobados por los CTC, y

recobrar las sumas correspondientes al FOSYGA (2012, p. 197).

En este orden de ideas, el monto de recobros en los últimos años ascendió a más de 2,7 billones de pesos. Asimismo, el Estado se ha visto en la necesidad de girar recursos al régimen contributivo, el cual desde el inicio debía ser autosuficiente. Mientras que para el régimen subsidiado la financiación ha recaído sobre las entidades territoriales, por lo que cuando las EPS atienden con sus propios recursos las órdenes impartidas por las tutelas, estas pueden recobrar con posterioridad a dichos entes.

Así pues, y tratando de dar una solución a esta problemática de los recursos estatales, la Ley 1450 de 2011 estableció que los servicios excluidos del POS, según lo establezca el CRES no podían ser financiados con dichos recursos.

Se incluyen allí prestaciones suntuarias, las cosméticas, las experimentales sin evidencia científica, las que se ofrezcan por fuera del territorio colombiano y las que no sean propias del ámbito de la salud. El artículo 49 del Acuerdo 29 del 2011 de la CRES (que actualizó el POS) reglamentó la materia, señalando 34 categorías de tecnologías que estarán explícitamente excluidas (Azüero, 2012, p. 198).

De esta manera la Ley 1438 de 2011 establece que para poder acceder a la prestación del servicio en condiciones de carácter extraordinario, dicha prescripción debe ser evaluada por cada CTC de la EPS, el cual es autónomo, para que en un plazo no superior a dos días se manifieste sobre la necesidad

de la prestación de dicho servicio extraordinario o de la insuficiencia de los servicios prestados.

La misma ley creó la Junta Técnico-Científica de Pares, dependiente de la Supersalud, la cual debe emitir concepto sobre la pertinencia de las prestaciones estudiadas (negadas o aprobadas) por los CTC dentro de un plazo de siete días calendario. [...] Indudablemente que la puesta en marcha de este comité va a representar un reto institucional de proporciones y un costo importante: los CTC de las EPS examinan en estos momentos alrededor de 200.000 casos por mes (Azüero, 2012, p. 197).

Con base en lo anterior, la responsabilidad de vigilancia de las EPS había recaído en la SUPERSALUD, aunque lastimosamente no tenía la capacidad técnica para dicha labor. Así las cosas, el Decreto 4165 de 2011 reasignó las funciones de vigilancia a la Superintendencia Financiera. Sin embargo, las variables técnicas para la prestación del servicio de salud están en manos del CRES, ya que este establece las variables de contenido del POS y el valor de la prima UPC.

Un desajuste en la calibración de estas variables va a tener consecuencias inmediatas sobre el patrimonio o incluso sobre la viabilidad de las EPS. En cuanto al riesgo de crédito por recobros, sea con FOSYGA (caso de las EPS del régimen contributivo) o con las entidades territoriales (caso de las del régimen subsidiado), la Superfinanciera deberá adoptar las medidas de carácter general que rigen en esta materia, obligando a la constitución de provisiones (Azüero, 2012, p. 200).

Por último, debemos mencionar que uno de los aspectos más importantes tiene que ver con la calidad del servicio, por lo que se suponía que el factor competencia mejoraría la referenciada calidad. No obstante, la Ley 1122 en lugar de promoverla lo que hizo fue restringirla. A lo que Azuero afirma:

la Ley 1122 (art. 14 lit. f), ordenó que la prestación de los servicios para la atención y prevención debe hacerse a través de la red pública contratada por las EPS del régimen subsidiado del respectivo municipio. La misma ley (art.16) obliga a las EPS del régimen subsidiado a contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las empresas sociales del estado (ESE) (2012, p. 202).

En efecto, el artículo 26 de la mencionada ley establece que los servicios en materia de salud por parte de las instituciones públicas tan solo pueden realizarse por medio de las ESE, lo que ha generado un monopolio público de prestación de servicios en más de 795 municipios del país.

Lo que a simple vista demuestra que el sistema de salud sigue por un mal camino debido a que la mayoría de los municipios de Colombia cuentan con un único centro hospitalario, así en el siguiente capítulo analizaremos dicha problemática, especialmente lo concerniente a los recobros por parte de las EPS, por la prestación de los servicios a las personas del régimen subsidiado.

CAPÍTULO III

EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. LEYES 1122 Y 1438

3.1 El giro de recursos para la prestación de servicios del régimen subsidiado

La Ley 1122 de 2007 establece normas de procedimiento, en especial la disposición de recursos para el régimen subsidiado, así la ley aumentó medio punto porcentual en el ingreso base de cotización, pasando del 12 % al 12,5 %, distribuidos en 4 % a cargo del trabajador y el 8,5 % a cargo del empleador, por lo que los recursos nuevos pasan al financiamiento del régimen subsidiado, incrementándose los recursos de solidaridad en un 50 % para el régimen mencionado.

Es así como se modifica el destino de las partidas del sistema general de participaciones con destino a salud, de modo que para el régimen subsidiado se incrementa la participación desde 50 % en el 2006 a 56 % en el 2007, a 61 % en el 2008 y a 65 % en el 2009, con lo cual se liberan recursos para este régimen, que pueden ascender a unos \$500.000 millones (Restrepo, 2007, p. 85).

Asimismo,

los departamentos deberán destinar por lo menos 25% de las rentas cedidas (recaudos por impuestos a la cerveza, licores y loterías) al régimen subsidiado a partir del 2009. Por último, se abre la posibilidad de que los afiliados realicen aportes, en particular quienes reciben subsidios parciales y quieran aplicar al subsidio pleno o al POS del régimen contributivo (Restrepo, 2007, p. 85).

Ahora bien, la ley establece que los recursos del régimen subsidiado deben ser manejados de forma exclusiva por los municipios, así para la atención de las personas más pobres los recursos se destinaron de la siguiente manera: en el menor nivel de complejidad (primer nivel de atención) un 41 % de los recursos de los municipios, mientras que el segundo y tercer nivel de atención lo cubre el restante 59 % de los recursos de los departamentos.

Al respecto Iván Arroyave afirma:

los porcentajes de distribución antes mencionados han ido cambiado año por año ya que uno de los elementos clave de la norma era la conversión progresiva de recursos de oferta a demanda (o sea, ir pasando plata de “vinculados” a régimen subsidiado) procurando a su vez no afectar los recursos de la salud pública (2009, p. 128).

En efecto, tanto los recursos de la salud pública como del régimen subsidiado se calculan tomando el valor de las transferencias de cada año anterior más la inflación. No obstante, Arroyave argumenta que esta situación “fue llevando a un desmejoramiento progresivo de los recursos de oferta a expensas de los hospitales que se han habituado a ver estos dineros como su más segura fuente de liquidez” (2009, p. 128).

Por tal motivo se generó una seria problemática, ya que los contratos de aseguramiento con las EPS se financiaban con los recursos de la entidad territorial y de las transferencias del nivel central que son asignadas a cada ente con proveniencia del FOSYGA. Así pues, el sistema funcionaba de la siguiente manera: del nivel central a la entidad territorial, de allí a la EPS y, por último, de esta a la IPS.

Sin embargo,

 aunque el recaudo de los recursos provenientes del SGP estaba garantizado por ley y por consiguiente las entidades territoriales lo recibían mensualmente, los mayores inconvenientes se presentaban en el cumplimiento y oportunidad de los requisitos relacionados con la legalización de sus contratos y el cargue de la base de datos de afiliados que servían de soporte para la realización de los giros por parte del Fosyga, al igual que para la obtención de los recursos del esfuerzo propio, en especial cuando éste estaba constituido por fuentes de financiación provenientes del departamento cuyo origen lo constituían las rentas cedidas por la Nación a dichas entidades territoriales (Procuraduría General, 2012, p. 24).

Asimismo, la Corte Constitucional se pronunció en el mismo tenor planteando que,

el adecuado financiamiento de los servicios de salud no contemplados en el POS depende, entonces, del correcto flujo de recursos por parte del Estado para cubrir el pago de los recobros que reglamentariamente sean presentados por las entidades que garantizan la prestación del servicio. En la medida en que tales costos no están presupuestados por el Sistema dentro del monto que recibe la entidad aseguradora de la prestación del servicio de salud por cuenta de cada uno de sus afiliados o beneficiarios (UPC, Unidad de Pago por Capitación), su falta de pago atenta contra la sostenibilidad del sistema, y en tal medida, al acceso a la prestación de los servicios de salud que se requieran con necesidad. Al ser las entidades encargadas de garantizar la prestación del servicio (EPS), o incluso las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), las que suelen asumir los costos de la demora de los pagos de los recobros, se genera además una presión sobre éstas para dejar de autorizar la prestación de servicios de servicios no contemplados en el POS (Sentencia T-760 de 2008, M. P. Manuel José Cepeda).

Estas serias dificultades se evidenciaban específicamente por la legalización de los contratos de administración de recursos, así como la actualización de la base de datos de los afiliados, ya que estos son el soporte legal para el giro de los recursos de toda entidad territorial a la EPS. Asimismo, después de la promulgación de la Ley 1122 todos los recobros por parte de las EPS deben ser realizados por la entidad territorial respectiva.

Asimismo, el Consejo de Estado expresó la necesidad de subsanar las falencias, a pesar de los grandes avances, que estaba presentando la Ley 1122, a saber:

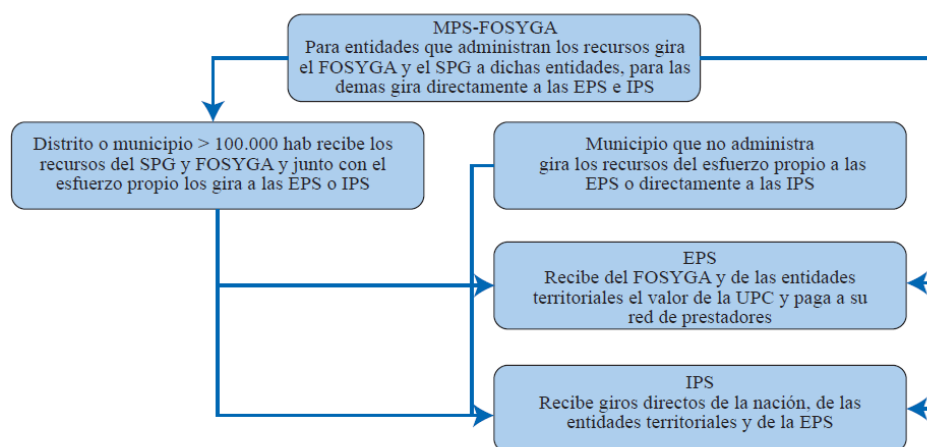
que si bien la Ley 1122 de 2007 contiene una serie de avances en la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud tanto en la racionalidad de la definición de los planes de beneficios, la financiación, el flujo de recursos, la prestación de los servicios, la protección de los afiliados y la inspección, vigilancia y control, las medidas que se han desarrollado en virtud de la misma, han resultado insuficientes (Consejo de Estado, radicación 11001-03-15-000-2010-00390-00 de 2010, C. P. Marco Antonio Velilla).

En este orden de ideas, y para dar solución a esta problemática, según lo evidencian tanto la Corte Constitucional, el Consejo de Estado como la Procuraduría General de la Nación, la Ley 1438 de 2011 cambio las condiciones de ejecución presupuestaria, de la siguiente manera:

reemplazando los contratos de aseguramiento que suscribían las entidades territoriales y EPS para la afiliación de la población pobre y vulnerable por el cumplimiento de las obligaciones propias de las EPS frente a su población afiliada, incluso dando libertad para que las EPS puedan realizar la afiliación de las personas que ostenten la calidad de potenciales beneficiarios o quienes, manifestando incapacidad de pago, puedan demostrarlo después de realizar un proceso de afiliación abreviado (Procuraduría General, 2012, p. 29).

Por su parte, los municipios están obligados según la ley a: (i) administrar los recursos del Fondo Local de salud; (ii) identificar la población pobre y vulnerable; (iii) implementar el sistema integral de información en salud; (iii) administrar el régimen subsidiado; (iv) financiar la prestación de servicios de salud a la población pobre; (v) gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud; entre otras.

En este sentido, la siguiente es la representación gráfica de la manera en que los recursos deben ser girados de acuerdo a la Ley 1438:



Fuente: Procuraduría General de la Nación (2012, p. 30).

Con base en los cambios establecidos por la Ley 1438 se pretende dar cumplimiento a lo promulgado por el Consejo de Estado en el fallo 1496 de 2003:

que si bien es cierto que la Ley 715 de 2001, distribuyó funciones en materia de salud entre los distintos entes

territoriales y las entidades administradoras del régimen subsidiado, también lo es, que dicha distribución y la financiación de los proyectos, planes y programas de salud a cargo de estas entidades, tuvo por objeto, hacer este régimen compatible con las disposiciones de la Ley 100 de 1993, y generar un marco de competencias que financieramente preservara la solvencia del sistema general de seguridad social en salud.

De este modo, el legislador establece una relación directa entre los recursos trasladados y las funciones asignadas, los cuales, por tener una destinación específica definida constitucional y legalmente no pueden distraerse a fines diferentes (Fallo 1496 de 2003, C. P. Susana Montes).

Ahora bien, la Ley 715 ya había establecido que es competencia de los municipios y de los departamentos gestionar y financiar la prestación del servicio de salud para las personas más pobres y vulnerables, a su vez, el servicio debe ser de manera eficiente, oportuna y especialmente con calidad, prestado a través de las EPS.

Por lo que,

la Ley 715 de 2001 al regular el aseguramiento de la población al régimen subsidiado, asigna a los municipios la función de identificar a la población pobre en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del régimen subsidiado, así como celebrar contratos para el aseguramiento de esa población a dicho

régimen (Consejo de Estado, 11001-03-15-000-2010-00388-00 de 2011, C. P. Gerardo Arenas).

Asimismo, la atención para la población pobre no asegurada o de los servicios que no se encuentren incluidos en el POS deben ser financiados por el SGP, en este sentido:

la distribución total entre los dos conceptos enunciados se realiza en forma proporcional entre la población nacional pobre por atender (no asegurada), con un ajuste positivo por dispersión geográfica para aquellos municipios con número de habitantes por kilómetro cuadrado inferior al promedio nacional, y la población nacional pobre asegurada por el factor de ajuste de los servicios no incluidos en el plan de beneficios del régimen subsidiado. La distribución municipal o distrital de los dos conceptos enunciados se realiza con base en la participación porcentual dentro del total nacional (Procuraduría General, 2012, p. 31).

Posición compartida por el Consejo de Estado al afirmar que la Ley 1122 estableció que,

los recursos del régimen subsidiado de salud transferidos por el Sistema General de Participaciones y el Fondo de Solidaridad y Garantía se deben distribuir dentro de los municipios y distritos con criterios de equidad territorial. Y, dispuso que en todo caso se garantizará la continuidad del aseguramiento de quienes lo han adquirido, siempre y cuando cumplan los requisitos para

estar en el régimen subsidiado (Consejo de Estado, 11001-03-15-000-2010-00388-00 de 2011, C. P. Gerardo Arenas).

Así pues, con base en lo que hemos venido exponiendo el 41 % del presupuesto del SGP es destinado para al primer nivel de atención, mientras que el 59 % restante se destina para los demás niveles. En efecto, dependiendo de la certificación de los municipios estos reciben el 41 % directamente del presupuesto nacional, a la vez que el departamento administra el otro 59 %, no obstante, si los municipios no están certificados o no son descentralizados es el departamento quien debe administrar el 100 % de los recursos. Por último, la destinación de los recursos se hace con base en lo establecido por el Decreto 360 de 2011.

El Decreto 360 plantea que para todo aquello que no se encuentre dentro del POS para el caso del régimen subsidiado, el 10 % de los subsidios totales corre por cuenta del municipio, si este es certificado, mientras que el otro 90 % de la distribución es asignado a los departamentos.

Asimismo,

cuando se trata de subsidios parciales el 50 % se destina para el departamento y el 50 % para municipios certificados. Los departamentos reciben y administran el 100 % de los recursos de los municipios no descentralizados. Los distritos reciben el 100 % de los recursos (Procuraduría General, 2012, p. 31).

A la par de lo anterior, los municipios y los departamentos además de los recursos que reciben del SGP cuentan con los recursos que son destinados de las regalías para la prestación del servicio de salud para las personas más vulnerables y pobres que no están aseguradas o para los servicios que no se encuentran incluidos dentro del POS. A su vez, la Ley 1438 pretende eliminar la inequidad presente entre la calidad de los diversos paquetes ofrecidos, ya que los dos sistemas de salud existentes tenían sus propias aseguradoras y prestadoras de servicios, por lo que en Colombia:

el Plan Obligatorio de Salud (pos) subsidiado cubría menos servicios que el contributivo, se prestaba a través de diferentes aseguradoras y en hospitales y centros de salud diferentes a los del régimen contributivo, con resultados diferenciales en calidad de la atención (Gutiérrez et al., 2012, p. 115).

Así las cosas, y debido a los insistentes pronunciamientos de las altas cortes y a los problemas expuestos, el Estado por medio de la Ley 1438 quiso reducir la susodicha segmentación, por lo que la mencionada ley tiene como objetivo equiparar el POS para ambos sistemas, estableciendo que toda aseguradora está en la capacidad de afiliar a la población de cualquier tipo de régimen, no obstante:

persiste la obligación de atender a la población del régimen subsidiado en hospitales públicos, reduciendo la capacidad de escogencia de esta población y protegiendo a la red de hospitales públicos de la competencia (Gutiérrez et al., 2012, p. 115).

3.2 La situación actual

En el capítulo I establecimos las diferencias entre el régimen contributivo y el régimen subsidiado, el primero acoge a los trabajadores asalariados, trabajadores por cuenta propia con capacidad de pago y a los pensionados, mientras que en el segundo se encuentran las personas sin capacidad de pago que estén afiliadas al SISBEN 1, 2 y 3.

En el primer caso, los afiliados cotizan de forma proporcional a su ingreso a las EPS, con el fin de que estas administren sus servicios de salud, por lo que las EPS están obligadas por ley a ofrecerle a sus afiliados a través de su red de prestación de servicios el POS para el régimen contributivo.

Por su parte,

los hospitales de la red pueden ser de propiedad de las empresas promotoras, aunque existe un tope al nivel de la integración vertical que puede haber. Es decir, las EPS no pueden contratar exclusivamente con hospitales y prestadores propios (Gutiérrez et al., 2012, p. 116).

Por otro lado, las personas que se encuentran afiliadas al SISBEN establecen su capacidad de pago de acuerdo con una valoración multidimensional que mide las privaciones más allá del ingreso, no obstante, las personas afiliadas al SISBEN 1 están exentas de realizar cualquier tipo de contribución, además los afiliados del nivel 2 y 3 realizan una contribución previamente establecida por la ley, la cual no puede recibir ningún tipo de alteración.

En este sentido, los afiliados del régimen subsidiado se afiliaban a las aseguradoras del régimen subsidiado —ARS— las cuales cumplían las funciones de las EPS para este régimen, sin embargo, después de la promulgación de la Ley 1438 las ARS deben ofrecer el mismo POS del régimen contributivo para sus afiliados subsidiados.

De igual forma,

a diferencia de las aseguradoras del régimen contributivo, las ARS deben contratar un porcentaje no menor al 60% de sus servicios con hospitales de la red pública (Gutiérrez et al., 2012, p. 117).

Asimismo, la mencionada ley con el fin de subsanar la inequidad presente entre los servicios prestados para ambos regímenes estableció que las ARS del régimen contributivo pudiesen afiliar usuarios del régimen subsidiado, de todas formas después de la Ley 1438 ambos regímenes se han ido equiparando, por lo que se pretende que cuenten con un mismo POS.

Por otro lado, las personas que no se encuentran afiliadas a ningún tipo de régimen por diversas circunstancias:

en su mayoría se cree que son personas que trabajan por cuenta propia, asalariados del sector informal o desempleados que no tienen capacidad de pago, pero no son lo suficientemente pobres para clasificar como SISBEN 1, 2 o 3. El segmento de los no afiliados también está conformado por

personas que cambiaron de residencia o de estado ocupacional (por ejemplo quedaron desempleados o pasaron de ser empleados informales a ser trabajadores por cuenta propia) y aún no han sido clasificados como usuarios SISBEN (Gutiérrez et al., 2012, p. 117).

En efecto, este tipo de población debe ser atendida por los hospitales municipales, así pues, el hospital después de prestar el servicio y si el paciente no tiene la capacidad de pago, realizará el cobro directo al municipio. Por su parte, la siguiente gráfica representa el acceso y la afiliación al régimen subsidiado:

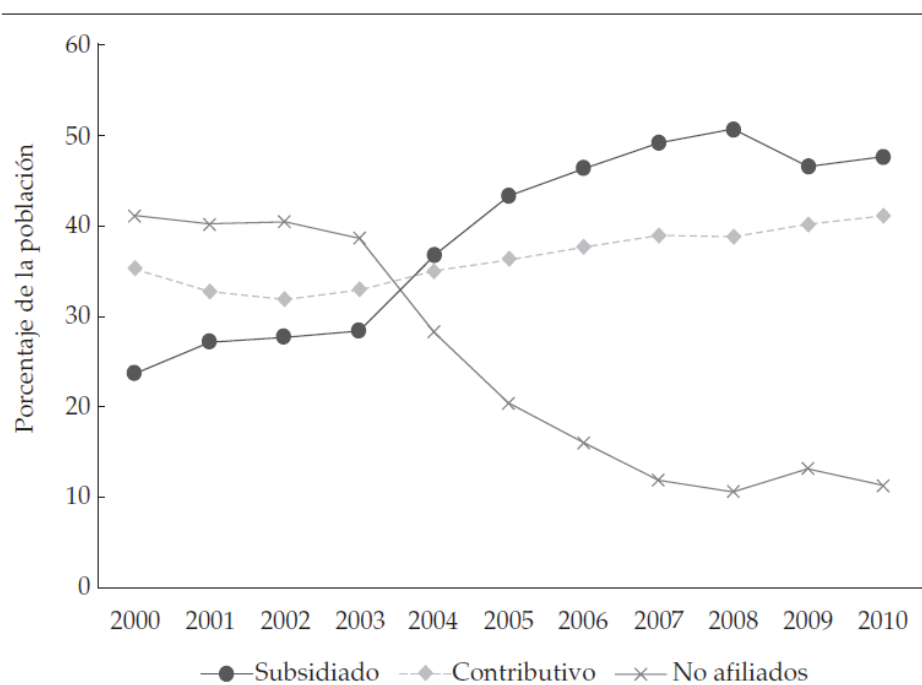


Fuente: Gutiérrez et al. (2012, p. 118).

Por otro lado, en los últimos años ha habido un incremento considerable en las personas afiliadas al régimen subsidiado, creciendo de manera sostenida entre

el 2004 y 2008, y manteniéndose estable en los años subsiguientes, así actualmente más del 40 % de la población pertenece al régimen subsidiado.

En este sentido, Gutiérrez et al. presentan de manera gráfica como en los últimos años ha habido un incremento en los afiliados del régimen subsidiado:



Fuente: Gutiérrez et al. (2012, p. 119).

Así las cosas, y tal cual lo estableció el Consejo de Estado con base en la Ley 1122, los recursos destinados para el régimen subsidiado deben seguir los siguientes criterios:

todos los recursos de salud, se manejarán en las entidades territoriales mediante los fondos locales, distritales y departamentales de salud en un capítulo especial, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. El manejo de los recursos se hará en tres cuentas maestras, con unidad de caja al interior de cada una de ellas (Consejo de Estado, 11001-03-15-000-2010-00388-00 de 2011, C. P. Gerardo Arenas).

Las cuentas establecidas para el manejo de los recursos son: (i) cuenta para el recaudo y gasto en salud pública colectiva; (ii) cuenta para el régimen subsidiado de salud; y (iii) cuenta para la prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda.

También vale la pena aclarar que muchos municipios del país siguen, a su vez, los lineamientos de la Ley 1438 para el giro de los recursos a las entidades prestadoras de servicios del régimen subsidiado, mientras que otros lo hacen de la forma establecida antes de su promulgación.

Así las cosas, con el fin de agilizar el flujo de los recursos hacia las EPS que prestan sus servicios al mencionado régimen el municipio realiza una resolución de compromiso presupuestal, por medio de la cual, y de acuerdo a lo establecido por la ley en el artículo 29, se reemplazan los contratos que anteriormente se celebraban entre la EPS y el municipio debido a que la administración del régimen subsidiado por parte de los entes territoriales se efectuará a través del seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados dentro de su correspondiente jurisdicción. Asimismo, el Ministerio de la Protección Social girará directamente a nombre de las entidades territoriales el

UPC a las EPS o realizará los pagos directos a las IPS conforme a lo determinado por el artículo 1º del Decreto 3830 de 2011.

Para efectos del giro directo por parte del Ministerio de la Protección Social de la Unidad de Pago por Capitación a las EPS en nombre de las Entidades Territoriales y a los prestadores de servicios de salud, este generará la Liquidación Mensual de Afiliados con fundamento en la información de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), del mes inmediatamente anterior, suministrada por las EPS y validada por las entidades territoriales.

Asimismo,

la Liquidación Mensual de Afiliados determinará el número de afiliados por los que se liquida la Unidad de Pago por Capitación; el detalle de los descuentos a realizar por aplicación de las novedades registradas en la Base de Datos Única de Afiliados; las deducciones por los giros de lo no debido, conforme al artículo 17 del presente decreto y el monto a girar a cada EPS por fuente de financiación para cada entidad territorial.

Por lo que con la mencionada resolución el municipio efectúa el giro de los recursos a las EPS que prestan sus servicios a los afiliados del régimen subsidiado, con el fin de garantizar una efectiva prestación del servicio. Así, a principio de cada año presupuestal, se realiza dicha resolución, no obstante, cuando llegan los dineros por parte del Ministerio de Protección Social se hace

un decreto de ajuste, así pues los dineros que se giran mes a mes son regulados por la matriz que mensualmente emite el ministerio a través de la liquidación mensual de afiliados —LMA—. Con base en dicha matriz se regulan los giros y los cumplimientos de los pagos para las respectivas EPS.

Sin embargo, y a pesar de que uno de los objetivos fundamentales de las citadas reformas —Ley 1122, Ley 1438, incluido el Decreto 3830— es la mejora en la calidad y eficiencia del servicio para los afiliados al régimen subsidiado gracias a un flujo más efectivo de los recursos, los resultados siguen siendo los mismos, a la insuficiencia de los recursos para atender a las personas más pobres y vulnerables debemos agregar de acuerdo con las investigaciones de la Procuraduría General de la Nación que:

tanto las EPS como los departamentos manifiestan preocupación ante la falta de oportunidad y de recursos para el pago de los recobros por concepto de servicios no incluidos en el plan de beneficios del régimen subsidiado y prestados a sus afiliados en cumplimiento de fallos de tutela o por recomendación del Comité Técnico Científico (2012, p. 32).

Además, se reporta que más de 115 EPS-IPS adeudan a los hospitales y clínicas más de 900 mil millones de pesos por motivos de acreencias por la prestación de servicios de salud, así que a pesar de que las normativas han tratado de subsanar las falencias presentes en el sistema de salud, la situación no mejora con el pasar de los años.

CONCLUSIÓN

Aunque la Ley 1122 no presenta una modificación estructural al sistema de salud, es posible que algunos de sus pronunciamientos faciliten el funcionamiento del sistema, en especial con las facultades dadas a las CRES, las cuales a partir de una base técnica brindan una regulación de precios y planes de beneficio, asimismo, le dio la potestad de evaluar la gestión de las entidades del SGSSS con base en una serie de indicadores pre-establecidos. De la misma forma le otorga un mayor control y fortalecimiento a la SNS, en aras de minimizar la excesiva judicialización en materia de salud.

No obstante, a pesar de estos aportes, la Ley 1122 no plantea cambios estructurales en cuanto al manejo de los recursos, en especial con los de promoción del régimen subsidiado, ya que estos serán administrados por medio de las ARS, y no por la administración municipal, como anteriormente se venía realizando, empero, las ARS quedan obligadas a contratar con las ESE de la municipalidad.

Otra de las problemáticas recurrentes que no ha podido subsanar la Ley 1122 ha sido la de los recobros por parte de las EPS al FOSYGA, aunque la ley estableció que la autorización en cuanto a medicamentos y procedimientos recaía en los CTC —incluso le daba a las EPS obligadas por tutela un plazo perentorio para realizar de forma oportuna el trámite ante el comité, ya que de no hacerlo en el tiempo establecido tan solo sería reconocido el 50 % de los recursos— la situación no ha mejorado debido a que las EPS se han dedicado a aprobar cualquier tipo de medicamentos y procedimientos sin un análisis

previo de su pertinencia, por lo que la deuda en cuanto a los cobros al FOSYGA en la actualidad supera los 2,7 billones de pesos.

Asimismo, si bien la Ley 1438 estableció un mecanismo considerado de mayor eficacia para el flujo de los recursos a pesar de esto no ha podido detener que las cifras de cartera de los hospitales municipales sigan aumentando, generando que muchas de estas instituciones entren en crisis, dejando de prestar servicios esenciales en materia de salud para la población, en especial la más pobre y vulnerable. De igual forma el aseguramiento promulgado en dicha ley por parte de las EPS, no tuvo en cuenta que muchas de estas instituciones se encuentran intervenidas o en procesos de liquidación, sin dejar de lado que la norma en mención ha tenido un escaso desarrollo reglamentario para hacerla más efectiva.

Todo lo anterior ha desencadenado que la 'tutelitis' aguda siga presente, además de las tutelas interpuestas por los pacientes también debemos agregar la gran cantidad de solicitudes de cobros sobre servicios no incluidos, e inclusive incluidos, en el POS por parte de las EPS, estableciendo un serio problema en cuanto a la distribución de los recursos.

En este sentido, la SUERSALUD en quien recae la obligación de evaluar los riesgos y solvencia de las EPS se ha visto desbordada por tal situación. Así pues, para que las propuestas de la Ley 1438 tengan éxito se requiere de una regulación de los estándares mínimos de calidad en materia de salud. No obstante, la crítica principal a la citada ley radica en que esta no hace alusión en ningún momento a los parámetros constitucionales de protección al derecho a la salud, por lo que de nuevo se vislumbra a futuro una judicialización progresiva debido a que es el único medio eficaz, por el momento, para garantizar la prestación de los servicios en materia de salud de los

colombianos, en especial de los más pobres y vulnerables que se benefician del régimen subsidiado.

Por tanto, hay que concluir, como lo estima la Procuraduría que debido a la influencia de las leyes del mercado el sistema de salud estatal se encuentra en un gran deterioro, por lo que la autosostenibilidad y eficiencia que se habían presagiado para las ESE en la práctica han generado resultados desalentadores.

Por tal motivo, esta situación ha desencadenado un grave problema tanto en las finanzas como en la calidad del servicio por parte de los hospitales municipales, enfrentándose a los escasos servicios incluidos en el POS, así como a la gran cantidad de personas vinculadas y, especialmente, a la gran cantidad de trámites burocráticos para acceder a los servicios del régimen subsidiado. Sin embargo, el principal problema consiste en el papel preponderante de las EPS sobre las IPS en especial a la calidad del servicio, como se puede observar en la gran cantidad de tutelas, quejas y reclamos, al respecto.

Lo anterior nos lleva a que evidenciamos diariamente, no solo como abogados litigantes sino como funcionarios públicos, el gran número de acciones de tutela que se presentan en los estrados judiciales dado al incumplimiento de las EPS, quienes en vista de la baja calidad de los servicios se ven sometidas constantemente a procesos judiciales por parte de los ciudadanos.

Desde nuestro quehacer, el panorama se torna desesperanzador puesto que no basta con brindar una atención óptima y ejecutar las diligencias de manera oportuna si el propio sistema se lentifica cada vez más, prologando las

respuestas que con suma urgencia solicitan las personas en aras de darle prevalencia a su vida o a la de los suyos. Prueba de ello es la generación constante de incidentes de desacato que corrobora la no suficiencia de acciones de tutela para solventar las problemáticas del sector salud; como abogados en acción, se ofrece un adecuado trámite procedimental para salvaguardar los derechos, de tal forma que la petición pueda dar las respuestas dentro del plazo establecido y se de cumplimiento a lo estipulado por la ley. Sin embargo, los suministros de medicamentos no POS, la autorización de exámenes, citas médicas con especialistas, y demás trámites urgentes, no son aprobados a su debido tiempo lo que ocasiona una mayor congestión judicial, así como la pérdida de dinero para la población en especial la de escasos recursos, sin dejar de lado, lo más importante, las vidas que se pierden durante el desarrollo del proceso.

Por tanto, es necesario postular reformas estructurales que en lugar de dilatar los procesos propendan por aumentar la calidad del servicio de salud en términos de agilidad, eficacia en los tratamientos, mayor economía y trato digno a la ciudadanía. De ahí la importancia que desde la universidad en general y la academia del Programa de Derecho en particular, se sienten las bases teórico-normativas para las reformas de fondo que requiere el sistema de seguridad social integral, el cual afecta los derechos fundamentales de las personas más pobres y vulnerables del país.

BIBLIOGRAFÍA

Acuña, D. et al. (2009). "Salud y pensiones: los grandes retos de la política de seguridad social". En: *Revista Económica Supuestos*, 16 de octubre. Universidad de los Andes.

Arroyave, I.D. (2009). *La organización de la salud en Colombia*. Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paul, Periódico *El Pulso*.

Azuero, F. (2012). "La organización institucional y la regulación en el sistema general de seguridad social en salud en Colombia". En: Bernal, Ó. y Gutiérrez, C. *La salud en Colombia. Logros, retos y recomendaciones*. Bogotá: Universidad de los Andes.

Bernal, Ó. y Gutiérrez, C. (2012). *La salud en Colombia. Logros, retos y recomendaciones*. Bogotá: Universidad de los Andes.

Congreso de la República. (1993). *Ley 100*. Bogotá: Diario Oficial.

_____. (2007). *Ley 1122*. Bogotá: Diario Oficial.

_____. (2011). *Ley 1438*. Bogotá: Diario Oficial.

Gutiérrez, C. et al. (2012). "Financiación de la seguridad social en salud: fuentes de recursos y su administración. Problemas y alternativas". En: Bernal, Ó. y Gutiérrez, C. *La salud en Colombia. Logros, retos y recomendaciones*. Bogotá: Universidad de los Andes.

Hernández, A. y Vega, R. (2001). "El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión". En: *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Vol. 1. No. 1, pp. 48-73. Universidad Javeriana.

Jaramillo, I. (1999). *El futuro de la salud en Colombia, Ley 100 de 1993 cinco años después*. Bogotá: FESCOL, FES, FRB, Fundación Corona.

Ortiz, D.J. (2004). "¿Es el sistema de seguridad social en salud un objetivo socialmente deseable?" En: Márquez, P. *Colección Centro de Estudios No. 1*. Bogotá: Universidad Javeriana.

Pereira Arana, M. (2007). "La prestación del servicio de salud en Colombia y sus implicaciones para la gobernanza". En: *Revista Económica Supuestos*, 26 de noviembre. Universidad de los Andes.

Presidencia de la República. (2011). *Decreto 360*. Bogotá: Diario Oficial.

Procuraduría General de la Nación. (2012). *Financiamiento del sistema general de seguridad social en salud. Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas*. Bogotá: Procuraduría General de la Nación.

Puyana Silva, A. (2008). "La Ley 1122 de 2007: modificaciones al sistema general de seguridad social en salud". En: *Discurso Laboral*, 12 de abril. Universidad Externado.

Restrepo, J.H. (2007). "¿Qué cambio en la seguridad social con la Ley 1122? En: *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 25, No. 1, pp. 82-89. Universidad de Antioquia.

Rodríguez, C. (2012). "La judicialización de la salud: síntomas, diagnóstico y prescripciones". En: Bernal, Ó. y Gutiérrez, C. *La salud en Colombia. Logros, retos y recomendaciones*. Bogotá: Universidad de los Andes.

Santa María, M. (2011). *Efectos de la Ley 100 en salud. Propuestas de reforma*. Bogotá: FEDESARROLLO.

Silva, C. et al. (2009). *Guía Práctica de orientación al usuario y al personal del Régimen Subsidiado de Salud Colombiano*. Medellín: Universidad de Antioquia, Instituto de Estudios Regionales.

Jurisprudencia referenciada

Corte Constitucional. Sentencia SU-480 de 1997, Magistrado Ponente: Alejandro Martínez Caballero.

Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008. Magistrado Ponente: Manuel José Cepeda.

Consejo de Estado. Fallo 1496 de 2003. Consejero Ponente: Susana Montes.

Consejo de Estado. Fallo 2005-4079-01 de 2007. Consejero Ponente: Camilo Arciniegas.

Consejo de Estado. Radicación 11001-03-15-000-2010-00390-00 de 2010. Consejero Ponente: Marco Antonio Velilla.

Consejo de Estado. Radicación 11001-03-15-000-2010-00388-00 de 2011. Consejero Ponente: Gerardo Arenas.

**“El grado de efectividad de las reformas normativas planteadas a la Ley
100 para los afiliados al régimen subsidiado, de acuerdo a las leyes 1122
de 2007 y 1438 de 2011”**

ÁNGELA MARIA QUICENO

JORGE ARMANDO URIBE BETANCOURT

Trabajo de grado presentado para optar al título de Abogado

Director

Dr. JOSE NORMAN SALAZAR GONZALEZ

UNIVERSIDAD DE MANIZALES

Facultad de Ciencias Jurídicas

Programa de Derecho

Manizales

2014