

**ANALISIS DE ELEMENTOS PROBLEMATICOS EN
EL REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD EN COLOMBIA 2002 – 2012**

TESIS

CESAR PALACIOS PACHON

**MAESTRIA EN PROTECCION SOCIAL
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
BOGOTA D.C. 2016**

Contenido

1. PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1. Justificación	4
1.2. Objetivo general.....	5
1.3. Objetivos específicos	5
1.4. Metodología	6
1.5. Hipótesis.....	7
1.6. Pregunta de Investigación.	8
1.7. Marco Legal	8
1.8. Marco Teórico.....	9
2. ELEMENTOS PROBLEMÁTICOS DE LA ESTRUCTURA FINANCIERA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN COLOMBIA.	11
2.1. Funcionamiento y estructura financiera del Régimen Subsidiado	12
2.2. Algunas Consideraciones finales.....	21
3. ELEMENTOS DE CULTURA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN COLOMBIA	23
3.1. Breve recuento histórico	23
3.2. Algunas consideraciones finales.....	32
4. ELEMENTOS DE POLÍTICA INSTITUCIONAL	35
4.1. Principales resultados de la Ley 100 de 1993	39
5. ELEMENTOS DE COBERTURA EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO	43
5.1. ¿En qué consiste la cobertura?	45
5.2. Evolución de la cobertura en el Régimen Subsidiado.....	47
5.3. Algunas Consideraciones finales.....	52
6. PROPUESTAS PARA EL DESARROLLO DE UN MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD ALTERNATIVO	55

BIBLIOGRAFIA.....	58
-------------------	----

Tabla de Cuadros

Cuadro 1 Ingresos Totales en Pesos del R.C. y R.S	14
Cuadro 2 Gastos de los Regímenes del SGSSS en relación con el PIB	16
Cuadro 3 Ventajas y desventajas de la Cultura y Conocimiento del Régimen Subsidiado en Colombia	33
Cuadro 4 Relación de los valores de la UPC de Régimen Subsidiado con respecto al UPC del Régimen Contributivo	44
Cuadro 5 Población Afiliada a los Regímenes Subsidiado y Contributivo 2010...	48
Cuadro 6 Cobertura del RC Y RS 2012	49
Cuadro 7 Cobertura Histórica RS Y RC	49
Cuadro 8 Número de Personas Afiliadas al RC y RS	51

1. PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA

La década de los años noventa fue para nuestro país uno de los periodos más activos en materia de reformas institucionales, así, la vertiginosa implementación de estas supuso una sustantiva alteración de las tradicionales obligaciones a cargo del Estado adquiridas en las décadas precedentes a la denominada “*Apertura Económica*”. La Carta Política derivada de la reforma constitucional de 1991, se enmarco en el precepto constitucional denominado Estado Social de Derecho, principio de naturaleza jurídico - política que regiría en adelante la labor misional del Estado Colombiano. A su vez, la nueva constitución, sentó las bases para una transformación profunda en el Sistema General de Seguridad Social, creando nuevas instituciones de prestación de servicios de salud, modificando las relaciones que se establecían entre el Estado y los ciudadanos y cambiando los derroteros de la política pública en materia de salud y protección social. Uno de los componentes más importantes creados por la nueva ley general de Seguridad Social, fue el Régimen Subsidiado en Salud. Este, se refiere directamente al conjunto de estrategias institucionales y de política pública encaminadas a garantizar la atención de la población de menores ingresos y del aseguramiento de su inclusión efectiva en el sistema de aseguramiento en salud, que no sería cobijado por la oferta de servicios privados que trajo consigo la irrupción del nuevo marco regulatorio general de Salud y Seguridad Social.

1.1. Justificación

Dos décadas después de la implementación de la ley 100 de 1993 y de funcionamiento continuo del Régimen Subsidiado en Salud, se ha suscitado una gran polémica nacional en torno de la profunda crisis que atraviesa el sistema de Salud y Protección Social, razón por la que se torna absolutamente necesario realizar un análisis tanto de la configuración institucional como del funcionamiento interno y resultados del Régimen Subsidiado en Salud como componente estructural del Sistema General de

Seguridad Social en Salud en Colombia, y ver así, cual es el papel desempeñado por este régimen en el desarrollo de la aguda y evidente crisis del modelo de salud en Colombia. De tal suerte que este artículo tiene como propósito central realizar una evaluación general de los aspectos más relevantes atinentes al Régimen Subsidiado en Salud en Colombia, que luego dos décadas de implementación y funcionamiento como política pública estatal de aseguramiento e inclusión de la población más vulnerable y con menores recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, aun no logra satisfacer las necesidades de esta población.

1.2. Objetivo general

Realizar un análisis de los componentes estructurales, el desarrollo institucional, la Cobertura lograda, y la evolución financiera del Régimen Subsidiado en Colombia.

1.3. Objetivos específicos

a. Conocer y analizar los componentes estructurantes asociados al Régimen Subsidiado en Colombia, descritos en la normatividad desarrollada a partir de la Ley 100 de 1993, así como el desarrollo regulatorio e institucional en los 20 años transcurridos..

b. Realizar un balance del funcionamiento del Régimen Subsidiado a la luz de los resultados en materia de ampliación de cobertura del aseguramiento emitidos por el Ministerio de Salud, frente a los pronunciamientos de la Corte Constitucional y la problemática de equidad en el acceso a los servicios y la cobertura efectiva.

c. Analizar la evolución y perspectivas del financiamiento del Régimen Subsidiado a la luz de sus fuentes de financiación y los resultados cuantitativos alcanzados, tras veinte años de funcionamiento.

d. Evidenciar los desafíos y limitaciones principales del Régimen Subsidiado y describir algunas propuestas para la mejora del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

1.4. Metodología

La estrategia metodológica que empleara este trabajo, se dividirá en dos partes, de un lado se empleara un método de análisis de forma investigativa básica, es decir aquella investigación que se dedica al examen atinente a las situaciones problemáticas concretas, su objeto de conocimiento es un problema concreto descrito en forma precisa, esta forma de investigación se dedica a examinar las problemáticas de las variables internas de un problema de investigación y las distintas relaciones establecidas entre ellas.¹

En segundo término y referido al tipo de investigación es posible aseverar que esta investigación tomara como referente, el tipo denominado como investigación correlacional, es decir el tipo de investigación que integra la respuesta a una pregunta genérica que ubica en contexto general de la investigación, tratando de relacionar y responder a dos tesis o premisas consideradas en su particularidad como variables. En cuanto al método que empleara la investigación, esta optara por el empleo del denominado método teórico, de inducción y deducción, la inducción como método investigativo, es una vía de estudio, que parte de los hechos singulares y pasa a proposiciones generales para llegar al conocimiento en términos genéricos.

¹ ANDUCKIA AVILA. Juan Carlos. *“La investigación: aproximaciones a la construcción del conocimiento científico”*. Editorial. Alfaomega, Bogotá. 2009.

De conformidad con lo dicho anteriormente, y para tratar de corroborar las tesis metodológicas esbozadas antes, la metodología utilizada en la elaboración específica de este proyecto será esencialmente el análisis de la efectividad del Régimen Subsidiado para atender los requerimientos de la población más vulnerable en Colombia, que se desarrollara siguiendo como punto de referencia los aportes y técnicas de análisis dinámico y estático, descritas por la obra de los profesores: Félix Martínez Martín y Cesar Giraldo Giraldo. En consecuencia, utilizando las fuentes oficiales de divulgación de las instituciones oficiales y las principales ONGs y centros de investigación en la materia, así como algunas bases de datos particulares particularmente de la Corte Constitucional, se rastrearán las principales providencias que han proferido este Tribunal. A renglón seguido, se realizarán fichas de datos (análisis estático) y, en el cuerpo del mismo trabajo se hará el respectivo análisis, que girará en torno a un problema concreto de efectividad del Régimen Subsidiado como componente del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. El tipo de estudio que se desarrollara será el denominado (Estudio Descriptivo).²

1.5. Hipótesis.

El Régimen Subsidiado en Salud, hace parte del amplio paquete de reformas que se dieron en la estructura del Estado en Colombia, en el marco del llamado proceso de apertura económica y adopción del corolario de recomendaciones del Consenso de Washington. Esta nueva visión de la organización de la prestación de los servicios de salud, alteró funcionalmente los elementos centrales mediante los cuales el Estado asumía su papel como asegurador de los servicios, para descargar dicha responsabilidad en los individuos, mediante el pago de una cifra a un operador externo que sería el encargado de brindar el cubrimiento de las externalidades en salud de la población más necesitada. Sin embargo este esquema requería que las disposiciones económicas asociadas al mantenimiento estable de las finanzas del régimen

² HERNANDEZ, SAMPIERI. Roberto. C. “*Metodología de la investigación*”. Mc Graw Hill. Bogotá, 2000.

contributivo, fuesen superiores a las del subsidiado, cosa que no ocurrió. Por tanto la responsabilidad por la atención de la población en el subsidiado sobrepasó la exigua capacidad de las fianzas públicas para garantizar su sostenimiento y sumió a este en una profunda crisis sistémica de la cual aún no ha podido salir.

1.6. Pregunta de Investigación.

¿El Régimen Subsidiado ha logrado satisfacer las necesidades de la población a través del cumplimiento de los propósitos establecidos en el Sistema General de Seguridad Social en torno a cobertura y sostenibilidad financiera, o por el contrario su modelo e implementación ha influenciado en la crisis que atraviesa el sistema de salud?

1.7. Marco Legal

Siguiendo lo dicho anteriormente y según la Constitución Política de Colombia de 1991, se identifica al país como un Estado Social de Derecho, “*Colombia es un Estado Social de Derecho*”, (Art 1, C.P 1991) tal categoría filosófico jurídica integra los más relevantes avances de la humanidad en materia de protección de los individuos en las sociedades modernas. En su segundo artículo el texto ordena al Estado, garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Carta Política. Por lo anterior se puede inferir la base normativa del derecho irrenunciable a la Seguridad Social, que tienen los colombianos está integrada literalmente al espíritu mismo de la constitución, de forma tal, que dicha protección se materializa sin importar la condición socioeconómica, raza, clase social o sexo de cada ciudadano colombiano. Por tal motivo el ordenamiento jurídico interno instituyó instrumentos jurídico-procesales para el logro de la satisfacción efectiva de estos postulados.³ El Régimen subsidiado en

³ Se refiere a las acciones constitucionales, tanto de carácter individual como de orden colectivo.

Salud, se refiere entonces al conjunto de normas que rigen la inclusión en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de los ciudadanos carentes de capacidad de pago y su grupo familiar, entendiendo que el Estado tiene una responsabilidad irrenunciable de atención de este segmento de población en virtud de sus obligaciones constitucionales. La afiliación a este régimen se hace por medio del pago total o parcial, de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)⁴ subsidiada, con recursos de ingresos fiscales del Estado o eventualmente por solidaridad.⁵

1.8. Marco Teórico

Respecto del enfoque teórico disciplinar con el que abordaremos este trabajo, es pertinente señalar que el concepto sobre Protección Social que este documento propone, parte del reconocimiento del derecho fundamental de todo ser humano a tener las condiciones mínimas de supervivencia material y de estabilidad física y emocional. Este enfoque tiene en cuenta la normatividad interna, los diferentes tratados internacionales que el país ha ratificado en la materia, además tiene en cuenta la evolución histórica y conceptual de la temática, y se basa fundamentalmente en la premisa humanista de considerar al ser humano como el centro de las preocupaciones de las políticas públicas y del Estado. En estos términos la Protección Social es entendida como la disponibilidad suficiente y estable de condiciones y acceso a la atención oportuna y permanente a las condiciones de vida material y mental que permitan desarrollar una vida digna. La definición pone de manifiesto que

⁴ Del total de los recursos recaudados por el sistema se asigna una partida diferencial para cada tipo de Régimen, la disposición técnica se denomina UPC, esta, se distribuye en forma dispar entre los dos regímenes. Según el ministerio de Salud la UPC se define técnicamente como: *“La Unidad de Pago por Capitación (UPC) es el valor per cápita que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud a cada EPS por la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, sin distinción o segmentación alguna por niveles de complejidad o tecnologías específicas. La UPC tiene en cuenta los factores de ajuste por género, edad y zona geográfica, para cubrir los riesgos de ocurrencia de enfermedades que resulten en demanda de servicios de los afiliados a cualquiera de los regímenes vigentes en el país. Ministerio de Salud.”*. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/Proyecto-POS-UPC.aspx>

⁵ Ley 100 de 1993. Capítulo VI. régimen Subsidiado. Editorial Leyer. Bogotá. 1995.

si el fin último de la Protección Social es que todas las personas tengan un acceso oportuno y adecuado a las mismas, un ser humano está en privación de dichas condiciones cuando:

No todos los individuos tienen de la posibilidad de alcanzar medios materiales en atención en Salud, Recreación y Deporte, Alimentación, Sistemas Pensionales. Además si los mismos individuos carecen en virtud de su condición de la posibilidad o la facultad de transformar sus condiciones socioeconómicas precarias con el fin de tener un nivel de vida adecuado, el Estado debe corregir esta gravosa situación. En el caso particular de Seguridad Social, el Estado debe garantizar el tener una protección suficiente y adecuada y en consecuencia una vida saludable y activa. Con los anteriores postulados evaluaremos si el SPS, en Colombia examinado con el lente descrito por el estándar de goce efectivo del derecho desarrollado por la Corte Constitucional.

2. ELEMENTOS PROBLEMÁTICOS DE LA ESTRUCTURA FINANCIERA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN COLOMBIA.

El modelo de aseguramiento en salud que fue plasmado en la Ley 100 de 1993, en donde se cambió el papel del Estado como actor principal en materia de sostenimiento financiero del sistema y se introdujo la participación de actores privados, tanto en la administración como en el apropiamiento de recursos que sustentan el funcionamiento del régimen, supuso un cambio estructural y profundo que afectó toda la red de prestación de servicios en todos los niveles del sistema de salud, porque de un lado el nuevo modelo debía asegurar márgenes aceptables de beneficios económicos, y de otro, el mismo, debía priorizar el manejo administrativo empresarial de la prestación del servicio de salud en Colombia. De manera tal, que dicha dicotomía redundó en una situación que afectó profundamente a los pacientes y usuarios que reclamaban servicios de salud que el sistema aun no puede brindarles. Antes de implementarse, las reformas al sistema general de salud, los gobiernos de turno prometían que tras la aplicación de las mismas, el país conseguiría la cobertura universal, la mejora de la calidad de los servicios de salud, en todos sus niveles y lograría subsanar los problemas que había experimentado la prestación de los servicios en las décadas precedentes a la promulgación de la ley 100.⁶

Lejos de fomentar la eficiencia y la optimización de los recursos que componen la estructura del sistema, este modelo ha fomentado altísimos niveles de concentración y desvió de ingentes recursos captados de parte de los cotizantes, por parte de un sinnúmero de intermediarios que medran en la estructura y funcionamiento del sistema de salud, al punto que muchos analistas sostienen que casi un 30% del total de los recursos, son captados por los intermediarios insertos en la estructura del funcionamiento del régimen. Además la nueva configuración financiera del sistema

⁶ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Exposición de motivos del Proyecto de Ley “Por el cual s redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud se dictan otras disposiciones” Alejandro Gaviria Uribe Ministro de Salud y Protección Social Publicación página web: abril/ 2013. <https://www.minsalud.gov.co/Documents/Ley%20Reforma%20a%20la%20Salud/Exposicion-Motivos-%20Proyecto-leyredefinicion-sistema-General-SeguridadSocial-Salud%20pdf.pdf>

introdujo prácticas perversas como la denominada integración vertical, el cobro de elevadísimas cuotas de administración, el restringir medicamentos y tratamientos por medio de barreras administrativas de toda índole, etc. Esta concepción tiene como sustrato el manejo empresarial y privado de un servicio esencial y recientemente considerado como derecho fundamental por la Corte Constitucional. El problema que plantea el funcionamiento del sistema general de salud en Colombia y en particular el Régimen Subsidiado en Salud, uno de los dos componentes del sistema, es que los postulados con los cuales fue concebido en la Ley 100 de 1993 hoy no han sido cumplidos y por el contrario, el sistema se encuentra en una profunda crisis que afecta a millones de colombianos que están ubicados en los segmentos más pobres de la población. Este trabajo intentara describir los principales problemas que afectan la estructura de funcionamiento del Régimen Subsidiado en Colombia observando el funcionamiento del modelo económico de este régimen, para evaluar críticamente las dificultades derivadas del funcionamiento de este y realizar algunas propuestas de política pública que permitan subsanar los problemas que el sistema hoy padece.

2.1. Funcionamiento y estructura financiera del Régimen Subsidiado

En materia financiera el Sistema de Salud funciona como un sistema de aseguramiento, sistema en el que se combinan el pago del aseguramiento con cuotas a cargo de los contribuyentes y el pago de cuotas de “aseguramiento social” que corren por cuenta del Estado y que están destinadas al pago de las primas de seguro de los estratos más pobres de la población Colombiana, esto se denomina régimen de subsidios sociales o genéricamente Régimen Subsidiado⁷. Un estudio publicado por FEDESALUD presentado en el año 2003, consideraba como el Sistema de Seguridad Social en Colombia se hallaba estancado en su crecimiento y posibilidades, al tiempo que demostraba como el fracaso fundamental del mismo correspondía a los pobres resultados conseguidos por el Régimen Contributivo, debido a que la proporción de

⁷ USECHE, ALDANA. B. “*En Colombia es necesario y factible un modelo de Salud sin aseguramiento*”. REVISTA DESLINDE. Número 55. Mayo – Junio 2014. Pág. 5.

afiliados en este respecto del Régimen Subsidiado se ha disminuido ostensiblemente⁸. Cuando fue instituida la Ley 100 se preconizó que el Régimen Contributivo tendría un número mayor de afiliados debido a un aumento proyectado del número de empleados formales en el país, cosa que en dos décadas de funcionamiento del sistema no ha ocurrido⁹. Esta situación incide negativamente en los elementos económicos que fundamentaron orgánicamente el sistema de salud, así como sus expectativas de crecimiento, pues la circunstancia antes descrita, hace que con el paso del tiempo sea más costoso para el Estado el mantenimiento del sistema de salud en su conjunto.

Las anteriores apreciaciones, se fundamentan en el bajo índice de afiliaciones, experimentado en los años posteriores a la expedición y puesta en marcha de la Ley, gracias a que el desarrollo del ciclo económico no expresó las expectativas planteadas por los promotores de la ley 100, y los niveles de personas con contratos formales disminuyeron en forma sustancial durante el transcurso de las dos décadas precedentes¹⁰. Por otro lado, al crearse un mecanismo de evolución que garantizara la entrada de los servicios de salud a población no afiliada tradicionalmente a estos por medio del Régimen Subsidiado, mediante un mecanismo que facilita subsidiar los servicios requeridos por la mayor parte de la sociedad, por medio de una red de hospitales públicos, destinando recursos la oferta, para atender a estos individuos.

El argumento anterior para muchos, lógico y a la vez predecible, necesariamente iba a permitir conseguir mayores recursos monetarios que facilitaran el apalancamiento de recursos financieros que facilitaran una adecuada operación del Régimen Subsidiado, pues estos provenían de los aportes realizados por los contribuyentes (llámense también afiliados a las EPS) del denominado “Régimen Contributivo”, recursos llamados según la Ley aportes de solidaridad. Con esta estrategia se buscaba alcanzar la cobertura universal y, así, conseguir una “equilibrio mínimo”. Gracias a ello,

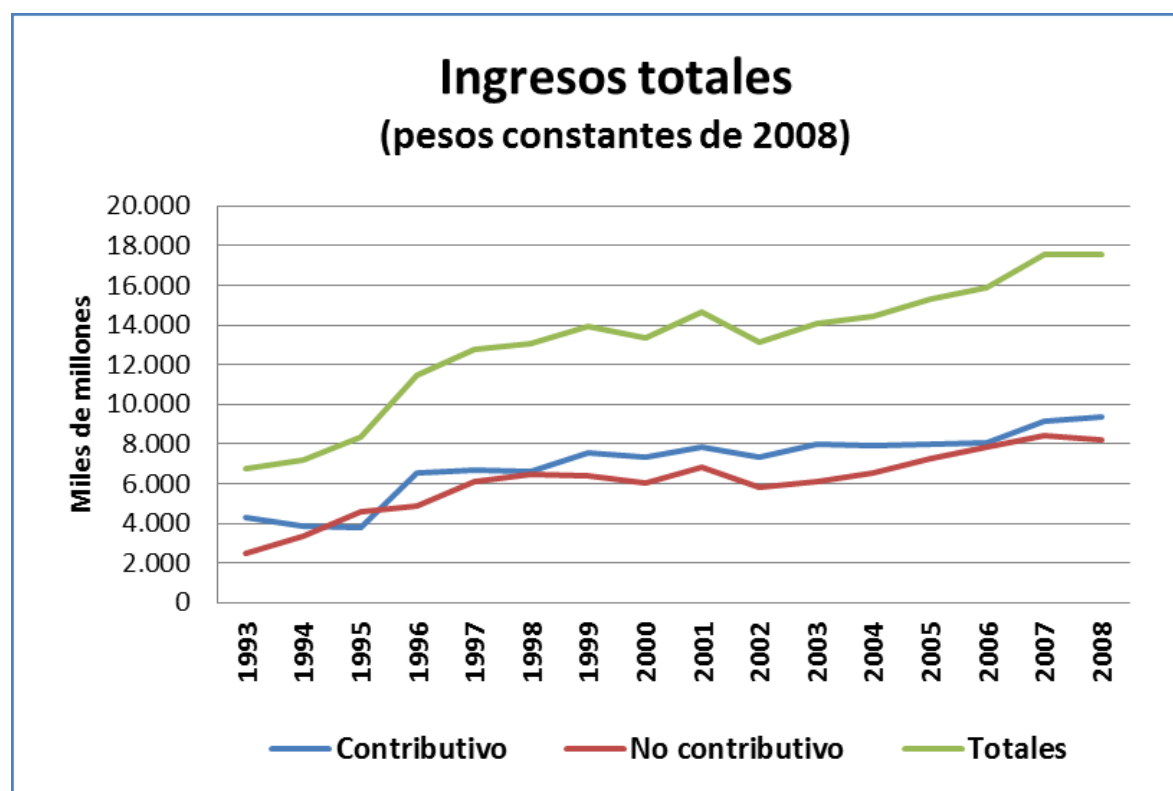
⁸ MARTÍNEZ MARTIN, Y GIRALDO. “*Financiación y Segmentación del Sistema General en Salud*”. Bogotá. Maestría en Salud Pública. Universidad Santo Tomas. 2011. Pág. 19.

⁹ RINCON PERFETTI. G. H. “*El plan Obligatorio de Salud y el Sistema Colombiano de Seguridad Social*” Revista. Actualidad Laboral y Seguridad Social. LEGIS. Número 123. Mayo – Junio de 2004.

¹⁰ MARTÍNEZ, MARTIN, y GIRALDO. “*Financiación y Segmentación del Sistema General en Salud*”. Bogotá. Maestría en Salud Pública. Universidad Santo Tomas. 2011.

esta circunstancia facilitaba necesariamente, a la población no afiliada acceder a los servicios de salud ofrecidos por los hospitales públicos. Sin embargo la experiencia demostró lo contrario, porque la proporción de afiliados del contributivo no creció en lo esperado, y por el contrario la relación entre los dos regímenes se desbalanceó a favor del subsidiado, presionando los recursos del presupuesto general del Estado.

Cuadro 1 Ingresos Totales en Pesos del R.C. y R.S



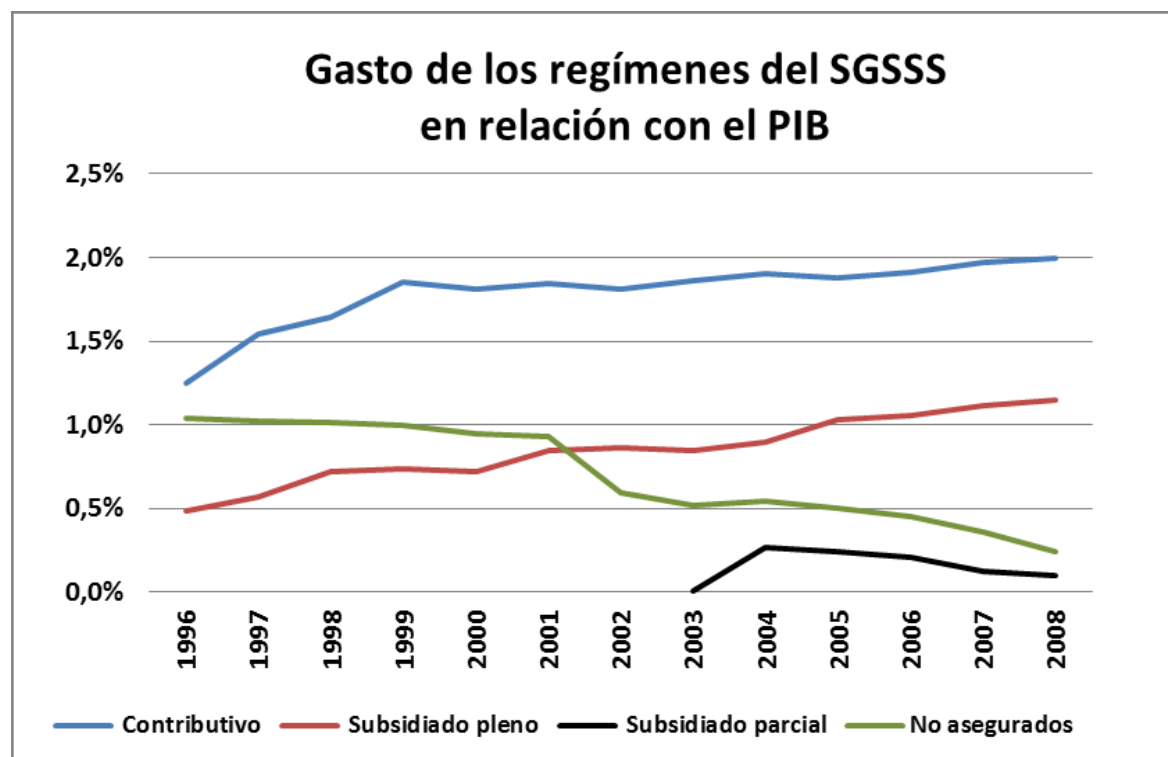
Fuente: Investigación Financiación y Segmentación en el SGSSS Grupo de Protección Social USTA.

De otro lado y como lo señala en estudio dirigido por el profesor Félix Martínez, no es posible bajo los términos de la ley 100, conseguir financieramente la universalidad en el acceso a la salud, debido a que existe un núcleo poblacional que no está incluido en ninguno de los dos regímenes de protección que diseñó el sistema. Los parámetros de inclusión requieren que para el contributivo los afiliados a este y su núcleo familiar tengan algún tipo de ingreso que les permita solventar el costo mensual de afiliación, y en el subsidiado porque muchos ciudadanos no cumplen con los requisitos de

vinculación al SISBEN, al tener viviendas o formación académica superior a las de la población objeto de la encuesta. Los analistas han denominado a esta población como población “sándwich”, al estar ubicada en medio de los criterios de inclusión del sistema de aseguramiento de la ley 100.

Otras críticas para algunos expertos en economía de la poca viabilidad del sistema, se argumentan con razones como: Alta evasión de muchos aportantes potenciales. Efectos adversos de tipo macroeconómico, especialmente por el pasivo público que se genera sin contrapartidas reconocidas. Alta diferenciación entre pobres y ricos que acceden a diferentes sistemas de salud, dependiendo de su capacidad económica situación que aún no se resuelve y tiende a agudizarse. Separación entre lo económico y lo social pues la situación separa el trabajo del derecho a la seguridad social en salud. Prioridad de lo económico que no se hace responsable sobre la vida y problemas del trabajador, en algunas ocasiones por los accidentes de trabajo, dejándose esta responsabilidad solo en cabeza del estado por la sociedad en general y en muchas ocasiones asumiendo esta responsabilidad al individuo que mal o bien debe asegurarse contra los riesgos a como dé lugar. Baja cobertura especialmente en lo relacionado con los trabajadores y comerciantes informales, reacios a pesar de algunos casos de obtener ingresos suficientes, por pagar por los servicios de salud al régimen contributivo, ello relacionado con la poca factibilidad de lograr la cobertura universal por la no vinculación y seguimiento serio de este tipo de población.

Cuadro 2 Gastos de los Regímenes del SGSSS en relación con el PIB



Fuente: Investigación Financiación y Segmentación en el SGSSS Grupo de Protección Social USTA.

En lo referente a la informalidad, es fundamental adelantar un análisis más profundo de esta circunstancia, pues demanda evaluar algunas características del concepto del trabajo desde la visión de lo ocupacional y la actividad económica de en la cual se insertan las empresas con las cuales laboran algunas personas así sea con carácter de informalidad, otros aspectos a considerar son el hábitat de las personas, su calidad de vida, el estrato socio - económico, su nivel de escolaridad, su nivel cultural entre otros, como variables los anteriores facilitan diferenciar su comportamiento frente a la afiliación, como demandantes en el mercado de los servicios de salud. Cuando se hace referencia a las razones por las cuales las personas evaden el pago de los aportes a la salud, no se puede caer en la generalidad citada anteriormente, pues ha sido la principal excusa por parte del estado, estableciendo excusas que expliquen su incompetencia en este sentido, esta circunstancia realmente, poco ayuda en el objetivo de ampliar con la velocidad requerida, alcanzar la masa cotizante necesaria por parte

del régimen contributivo y que permita ampliar la cobertura del Régimen Subsidiado, a diferentes sectores vulnerables de la sociedad a nivel urbano y rural. Este fenómeno es uno de los principales elementos que explican la crisis general del sistema¹¹.

Según un análisis de FEDESALUD. *“Debe aclararse en este punto que la Ley 100 convirtió en obligatoria la afiliación del trabajador independiente y su familia, pero la reglamentación colocó una barrera para la afiliación (o carga excesiva para la mayoría de estos trabajadores), al obligarlos a cotizar tanto el 8% correspondiente al patrono como el 4% correspondiente al trabajador (previamente cotizaban al ISS sobre el 7%), y al determinar el límite inferior para la afiliación en un ingreso mensual de dos salarios mínimos, el doble de lo estipulado en la Ley (previamente cotizaban al ISS sobre un salario mínimo). Como resultado los aportes mínimos para la afiliación de trabajadores independientes al Sistema de Seguridad Social en Salud se incrementaron en un 243%5, es decir se elevaron a más del triple del valor previo”*. La anterior circunstancia analizada por este gremio, desmotiva en gran medida la nueva afiliación de trabajadores, por otra parte la Ley desestimula el pago de aportes por parte de profesionales independientes que como dependientes simultáneamente se ven obligados a cotizar dos veces los aportes de salud, esta simple circunstancia, aleja una importante cantidad de recursos económicos, requeridos para apalancar y aumentar la cobertura de la población beneficiada del Régimen Subsidiado.

Al no estar armonizados los contratos de prestación de servicios profesionales, con otras formas de contratación laboral establecidos en el Código Sustantivo del Trabajo, se encuentra en nuestro análisis, una de las principales razones que podrían identificarse como des estimuladoras del pago de los aportes por buena parte de la población colombiana, especialmente técnicos y profesionales. Por otra parte y retomando algunas conclusiones del documento: *“¿Subsidios o Seguridad Social? EL NO PAGO DE LA PORCIÓN SOCIAL DEL SALARIO”* (2005) del profesor Félix Martínez, se pueden evidenciar una serie de datos que por sí solos son dicientes: Según Martínez, *“al revisar en consecuencia la proporción de trabajadores afiliados al*

¹¹ Óp. Cit. MARTINEZ. 2011.

Régimen Contributivo en Salud en las encuestas nacionales, se encuentra que el porcentaje de afiliación entre los ocupados desciende globalmente hasta un (lamentable) 40%, en los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENH) del año 2000, es decir ocho puntos respecto a la ENCV de 1997. Por rama de la actividad económica se observa un descenso muy preocupante (de 50 a 20%) para los trabajadores de la minería, mientras que la industria manufacturera, por ejemplo, presenta una caída del 10% en los dos y medio años transcurridos desde la Encuesta de Septiembre de 1997”.

La Ley tampoco estableció un periodo de transición, pero no preciso, ni el período, ni un plan para un adecuado desarrollo del proceso de transición, en ella no se encuentra mecanismos o estrategias que realmente estimulen la afiliación de trabajadores independientes y sus familias (por ejemplo con beneficios tributarios o estrategias similares). Luego el problema por lo tanto, necesariamente está unido a las modalidades de contratación y pago de la fuerza de trabajo vigente en nuestras normatividad y las costumbres afianzadas en algunas actividades económicas. Haciendo una revisión a las diferentes modalidades de contratación existentes en nuestra legislación Laboral, se encuentran las siguientes: a. Contrato a Término Fijo: en esta modalidad sus duración fluctúa entre un día y tres años y puede ser renovado consecutivamente hasta por tres veces, el contrato suscrito inicialmente. El trabajador tiene derecho a todas las prestaciones sociales determinadas por la Ley laboral (cesantías, vacaciones y primas), para darlo por terminado es necesario que el patrono de un preaviso de 30 días al trabajador. Los descuentos a la nómina en esta modalidad son iguales a las de cualquier otro tipo de vínculo laboral de carácter laboral. Los trabajadores contratados así, son vinculados directamente por la empresa o por empresas de servicios temporales o Cooperativas de trabajo Asociado, bastante criticadas en los últimos años, especialmente por los Sindicatos de Estados Unidos que han presionado el gobierno colombiano, para que modifique este tipo de vinculación como resultado de la firma del TLC entre las dos naciones.

b. Contrato a término indefinido: esta modalidad de contratación precisa que no existe fecha final para el contrato suscrito entre las partes (Patrono - trabajador). En ella el trabajador accede a todas las prestaciones sociales determinadas por la legislación laboral vigente, en algunas organizaciones empresariales, cuando existen cooperativas, fondos de empleados o mutuales, los trabajadores vinculados bajos esta modalidad, tienen acceso a este tipo de beneficios y otros como préstamos otorgados por las empresas, beneficios extralegales no constitutivos de salario y otras ayudas brindadas por las mismas. Los descuentos por nómina en lo referente a la seguridad social, son los mismos establecidos por la ley para contratos a término fijo, más cualquier otra deducción que por voluntad propia autorice el trabajador.

c. Contrato de Obra o labor: esta modalidad, permite contratar a personas para una labor específica y termina una vez la obra o labor objeto del contrato llegue a su fin. Esta modalidad es bastante empelada y aceptada para trabajos de construcción y universidades y colegios con profesores de cátedra, que culminan la prestación de sus servicios una vez finaliza el periodo académico. Los beneficios y derechos derivados del mismo, son iguales a los contratos indefinidos y definidos, por ser un contrato de carácter laboral.

d. Contrato civil por prestación de servicios: es una modalidad empleada por muchas personas jurídicas y naturales, para contratar a su vez personas naturales o jurídicas, especialmente para el desarrollo de labores especializadas o específicas. La remuneración (llamada en este caso honorarios), se fija de común acuerdo entre las partes, sin generar vinculación o dependencia laboral y las obligaciones derivadas de un contrato de trabajo, como los anteriormente descritos. La duración la establecen las partes, estimando inicialmente el período requerido para cumplir con el trabajo a desarrollar o servicio a prestar. Al contratado en este caso no se le denomina empleado sino contratista, al pago por los servicios prestados no se le considera salario o sueldos, sino que recibe la denominación de honorarios, el contratante debe descontar de los pagos, impuestos como la Retención en la Fuente y en el caso de Bogotá el ICA.

e. Contrato ocasional de trabajo: en esta modalidad la duración no debe superar los 30 días y se lleva a cabo la vinculación para el desarrollo de una labor específica por parte del trabajador diferente a las actividades normales empresa contratante. El trabajador recibe una remuneración y al terminar la ejecución del contrato no tiene derecho a ningún tipo de prestación social, salvo en caso de un accidente. La duración inicial puede ser renovada sin exceder los treinta días del vínculo inicial.

Analizando las diferentes modalidades, podemos encontrar una serie de razones o causas que hacen difícil la continuidad en el pago de muchos trabajadores colombianos, al Régimen Contributivo de Salud, entre otras la extrema inestabilidad en la contratación laboral, y las formas desalarizadas de vinculación de mano de obra. El aumento de la informalidad y la disminución de la contratación a término indefinido acentúa esta tendencia disminuyendo dramáticamente el número de afiliados al contributivo y erosionando financieramente el subsidiado. Para citar un ejemplo palmario, en el caso de los trabajadores de construcción, estos difícilmente realizan aportes al sistema de salud, por los costos que ello les ocasiona (12% sobre los ingresos percibidos). Que en la abrumadora mayoría de los casos no excede los dos salarios mínimos.

Otro ejemplo lo constituyen los docentes especialmente aquellos que laboran en instituciones universitarias en forma independiente, ya que estos ejecutan dos contratos al año de cuatro meses al año cada uno en promedio, retirándose esta masa laboral durante cuatro meses de las cotizaciones al Régimen contributivo. Por otra parte los trabajadores ocasionales no cotizan por más de un mes al sistema. En el caso de los trabajadores vinculados con la modalidad de contrato a término fijo, dejan de cotizar con mucha frecuencia sus aportes al finalizar el período de su contrato, en muchas ocasiones la empresas contratantes, prefieren dejar transcurrir períodos de uno o más meses para volver a contratar a estos trabajadores, una vez se han surtido las tres prorrogas del contrato según lo establece la ley. Situación que agrava aún más las deterioradas finanzas del sistema. Finalmente, algunos contratistas de servicios, si bien en los últimos años las normas les obligan a demostrar a sus contratantes el pago

de sus aportes, desarrollan labores de carácter ocasional que no les permiten mantenerse, como cotizantes activos al Régimen Contributivo.

Al analizar estas causas, se puede concluir que el régimen de contratación laboral en Colombia, es una de las principales causas de las notorias disminuciones de Cotizantes al Régimen Contributivo, coincidiendo con lo señalado por el profesor Martínez, en la medida en que las reformas de flexibilización laboral insertas en el país junto con las ley 100 deterioraron los supuestos de evolución financiera que se esperaban en el sistema. Ello con la salvedad de que el correcto funcionamiento del contributivo es considerado parte del soporte económico del Régimen Subsidiado

2.2. Algunas Consideraciones finales

El marco general de la flexibilidad laboral implementado en el país durante las décadas de los 90s y 2000, inauguro nuevas formas de des laboralización de las relaciones obrero patronales, originando un vacío de cotización del Régimen Contributivo a expensas del Régimen Subsidiado de Salud. El Régimen Subsidiado es financiado por el Régimen Contributivo, pero diversos estudios demuestran que el espíritu de la Ley en cuanto al crecimiento de aportantes al último tiende a disminuir en algunos años. El Régimen de contratación laboral en Colombia, es una de las principales causas de las notorias disminuciones de Cotizantes al Régimen Contributivo, considerado parte del soporte económico del Régimen Subsidiado. La tasa de cotización al Régimen Contributivo es muy alta, factor que desestimula a muchos trabajadores independientes y ocasionales para cotizar al mismo, prefiriendo hacerlo al Régimen Subsidiado afectando la cobertura de personas que realmente no disponen de medios económicos suficientes para hacerlo en el primero. Existe una alta diferenciación entre pobres y ricos que acceden a diferentes sistemas de salud, dependiendo de su capacidad económica. Se observa una gran separación entre lo económico y lo social pues la situación aparta el trabajo del derecho a la seguridad social en salud. El sistema en general tiene tendencia hacia la des financiación, debiendo el estado

asumir parte del déficit del Régimen Subsidiado para mantener coberturas acordes con las necesidades de una población en aumento

3. ELEMENTOS DE CULTURA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN COLOMBIA

El propósito central de este capítulo es desarrollar un análisis general de los diversos aspectos que componen la cultura del régimen subsidiado en Colombia, entendida esta como el cambio de mentalidad que supuso la reforma de la ley 100 de 1993. Entre otros muchos, la inclusión de nuevos actores institucionales participantes del diseño y la prestación de los servicios en el régimen de salud, el nuevo rol asumido por el Estado en el sistema y la inclusión de las categorías de usuario y servicio por contraposición a la de derecho, como ejes del funcionamiento del mismo. En su primera parte se adelanta un recuento histórico relacionado con la cultura que supone el subsidio, en la segundo término se hace referencia a los antecedentes del sistema de Régimen Subsidiado en Colombia y su evolución a través de los años, desde su implementación. Y por último se plasmaran elementos que buscan interpretar la importancia del Régimen Subsidiado en términos culturales.

3.1. Breve recuento histórico

Para comprender las características culturales propias del Régimen Subsidiado, debemos hacer una mención de la consolidación del proceso histórico de la revolución industrial, y la formación del sistema capitalista en Europa y Estados Unidos durante los siglos XVIII y XIX. En primer término resulta obvio considerar que el Estado moderno cimienta sus relaciones económicas, principalmente en la propiedad privada. La propiedad en este modelo de organización económica, es una garantía de carácter patrimonial con la cual un individuo fundamenta la razón de su subsistencia, sin depender de lazos de amparo y tutelaje de otros individuos. De esta manera, el concepto de posesión garantiza la seguridad que buscan los individuos en general, frente a la incertidumbre con la que se enfrentan cotidianamente su propia subsistencia. La irrupción de los derechos de propiedad en Europa y Estados Unidos, ligados al trabajo y a la acumulación de capital, cambio, de forma radical las

tradicionales relaciones ubicadas en el seno de la sociedad medieval y feudal, en donde el feudo y sus gobernantes eran garantes del cuidado y la atención de las necesidades de sus súbditos.

En segundo término, resulta evidente que con esta etapa en el desarrollo del capitalismo y la humanidad, se deshicieron una serie de lazos sociales e históricos, con los cuales se identificaban culturalmente los individuos hasta ese momento del avance histórico, lo cual supuso un gran salto en la implementación de una nueva ética pública e interna en el plano individual, que sería la base de la consolidación tanto de la política moderna como de la economía contemporánea. En tercer lugar, la gran cantidad de modificaciones sufridas por las relaciones de producción, impulso el nacimiento del mercado laboral como consecuencia directa del gran progreso de la máquina capitalista, circunstancia que a pesar de las precarias condiciones de trabajo experimentadas por los obreros, por sí misma era un componente capaz de facilitar la obtención de ingresos a personas con edad para trabajar, y con ello conseguir satisfacer o sufragar en parte sus necesidades mínimas.

Sin embargo y con la extensión desaforada y entronización del capitalismo en el orbe, surgen otras muchas necesidades para las clases fabriles y campesinas, necesidades que la nueva masa y multitudinaria de trabajadores de base no poseía, tales como: los servicios de salud, vivienda digna y otros propios de las grandes aglomeraciones urbanas. Ciudades a las cuales se había trasladado estos, para lograr unas mejores y más dignas condiciones de subsistencia. Este fenómeno desembocó en otro mucho más agudo llamado pobreza o marginalidad, originando uno más, asociado al anterior, la exclusión social. Esta condición nace entre otras, de los bajos ingresos salariales obtenidos por estas clases y segmentos sociales, quienes se desempeñaban laboralmente en las nuevas industrias, en calidad de trabajadores de base u obreros.

Desde la irrupción histórica de los grandes partidos obreros y sus gestas revolucionarias, ha sido una preocupación recurrente de los Estados, mejorar las condiciones de vida para aquellos estratos de la sociedad que no cuentan con algún

tipo de propiedad, esta circunstancia origina el nacimiento de la denominada propiedad social, que para muchos historiadores es el principio fundamental del Estado de Derecho o de bienestar, que se desarrolla en medio de las grandes revoluciones obreras y campesinas de principios del siglo XX, como una estrategia de los Estados por contener probables estallidos sociales dentro de sus fronteras. (Hobsbawm 1987). Por ello, el concepto de propiedad social, permite a los miembros de las comunidades en general que no cuentan con patrimonios propios, brindarle unos recursos básicos, conocidos como ventajas y derechos para poder conformar una sociedad a primera vista parece ser igualitaria. Lo cual no es del todo cierto, pues realmente esta tiene profundas jerarquías, y diferencias generadas principalmente, por la distribución inequitativa de la propiedad, por la posesión o desposesión de los medios de producción social, y por asimetrías en el acceso al poder del Estado de parte de las clases subordinadas. (Harvey, 2006).

Al analizar las diversas conexiones establecidas en el seno de la sociedad y los problemas que el Estado trata de solucionar a sus ciudadanos, especialmente los más frágiles económicamente hablando, se puede vislumbrar el amplio valor del concepto de Protección Social, definida como una manifestación estatal, para prevenir aquellos riesgos que amenazan su subsistencia. Un sistema de Protección Social se concibe como la unión de instituciones por razón de las cuales la sociedad busca protegerse contra los elementos que arriesgan su unión mediante la preservación de sus ciudadanos, frente a los riesgos originados del propio existir. Este concepto, emana de la intervención de lo político, económico y lo cotidiano en la vida de los ciudadanos. La Protección Social se instrumenta por medio de una serie de entidades públicas y privadas que tienen como función resguardar a los individuos de riesgos originados de su actuar en la sociedad. (Giraldo, 2007)

Los individuos favorecidos con este esquema, tienen la posibilidad de hacer frente a los principales riesgos de su manutención, salud, educación, recreación, pensiones etc. La Protección Social actúa permanentemente en el cubrimiento de dichos riesgos, y si se analiza como sistema y efectivamente lo es, en este concepto se encuentra un

gran dinamismo gracias a la facilidad sistémica de interactuar con su entorno. Esta continuamente haciendo frente al reto del cambio tecnológico, muy rápido de asimilar para muchos y que se configura como gran impulsor de la competitividad. Lo anterior demanda en la economía y la sociedad, nuevas exigencias de cualificación y distribución del trabajo en la organizaciones de todo tipo, pues es la causante entre otras situaciones de la desaparición de actividades y oficios especializados por grupos sociales específicos. Los sistemas de protección Social son en suma los elementos de relación más cercana entre la figura del Estado y los ciudadanos y del buen funcionamiento de ellos depende en gran parte la estabilidad política y social de la figura estatal.

La situación antes descrita, conduce a los Estados a buscar la continua ampliación de la cobertura en los servicios de salud existentes, tratando de innovar en nuevas alternativas para mejorar la prestación del mismo a los ciudadanos, quienes necesitan y exigen garantías basadas en sus derechos, con nuevas formas de vinculación laboral, con servicios de salud de mayor calidad y más complejidad tecnológica, con mucha flexibilidad y oportunidad con capacidad para amparar a sus familias. El sistema de protección social a través de la historia, se ha construido basándose en la asistencia social y el aseguramiento de los ciudadanos de un país específico. En los denominados países - pre capitalista - resulta innegable la incidencia de la imbricación de las instituciones religiosas y las autoridades estatales, en el diseño de diversas maneras de construir un sistema de asistencia social, acorde con las necesidades de sus respectivas poblaciones.

La intrincada historia de nuestro país, evidencia indicios de la aplicación de sistemas de protección, basados en la técnica de emplear seguros para los asuntos sociales, tarea que se llevó a cabo por primera vez, en aquello identificado como accidentes de trabajo, instaurado por la Ley 57 de 1915, posteriormente, se evidencio que el modelo era incompleto, incorporándose al mismo la salud y posteriormente las pensiones de los trabajadores estatales y posteriormente de algunas empresas privadas. Con la expedición de las leyes 6 de 1945 y 90 de 1946 se identifica el inicio del proceso

llamado “modernización institucional”, así nacieron la Caja de Previsión Nacional y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales – ICSS (Rodríguez, 2004). Las características del sistema implementado son realmente partes del régimen establecido para los funcionarios del sector público, al adoptarse el modelo basado en el contrato de trabajo para el sector privado, en ese se profundizó la cobertura a mediados de la década de 1960, y el ICSS entidad que se hizo cargo de amparar los riesgos, en los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (ATEP) e invalidez, vejez y muerte (IVM) para los trabajadores privados.

El modelo de atención en salud a cargo del Estado como operador principal entro rápidamente en crisis, básicamente problemas asociados a la baja cobertura, un severo problema de inequidad, múltiples barreras institucionales de acceso creadas por el mismo, entre otras, para el uso de los servicios de salud. Agudizándose así los problemas financieros y una tendencia incrementada en el déficit actuarial, además de un significativo descredito y erosión de la institución instigada incluso por el ejecutivo. Todas estas circunstancias, originaron la expedición de la Ley 100 de 1993, creada en el marco de un conjunto de reformas adoptadas al inicio de la década de 1990, basadas en el sistema chileno existente para la época, sistema que fue implementado durante la terrible dictadura militar de Augusto Pinochet. En esta reforma a la seguridad social, se desarrollaron de una manera más clara el autofinanciamiento, descentralización, focalización y separación de las funciones de financiación y provisión del sistema de salud colombiano, todas premisas de política neoliberal que orientaron el sentido de las reformas. Se crearon entre otras cosas como fundamento del nuevo sistema, la competencia entre los entes prestadores del servicio de carácter privado y público, con el pretexto de garantizar a los usuarios, del naciente sistema, la libertad de elegir a su proveedor de servicios de salud, pensiones y riesgos profesionales, pero originando una distorsión y falta de regulación de estos actores por parte del Estado que hoy tienen sumido al mismo en su más aguda crisis.

Al iniciar sus operaciones el nuevo sistema, pretendía subsanar las fallas de la administración del sistema de salud estatal, debido al supuesto de que estaba

generando un limitado acceso de la población más frágil a los servicios de salud. El propósito central de esta reforma era permitir el acceso al mercado de los servicios de salud existentes a los prestadores privados y a los intermediarios financieros nacionales y externos, amparados en la inveterada y anacrónica premisa de la regulación perfecta afincada en el libre juego de demanda y oferta. En este estado de cosas, se daba así vía libre al nacimiento de un conjunto de entidades que con funciones propias, debían responder por la prestación de los servicios, entre ellas; el aseguramiento, la administración del riesgo, la ejecución de los servicios, la ejecución de estos, la adquisición de los servicios de salud a nombre de los usuarios del sistema y la solidaridad. Para cumplir esta misión, se aprovechó la experiencia de muchos años acumulada por el ISS, reformulándose el régimen contributivo y creándose el régimen subsidiado, así la población no amparada por el sistema se la considero vinculada y se empezó a atender con recursos de oferta, es decir, queda está obligada a empelar los servicios de los hospitales financiados con el presupuesto de la nación, o red pública hospitalaria.

Como lo señala la Organización Mundial de la Salud en su reporte del año 2000 *“los sistemas de salud difieren de otros sistemas sociales como el de la educación y de la mayoría de bienes y servicios en dos aspectos fundamentales. Uno es que la atención puede ser catastróficamente costosa y que la mayoría de las necesidades de salud son impredecibles, por lo que resulta vital para la población estar protegida porque de otra forma frente a cualquier cambio de salud se conduce a la ruina financiera o a la pérdida de la vida”*. Por tanto, se supone que la mejor forma de protegerse frente a este riesgo es el aseguramiento (Martínez, 2003).

En general, el aseguramiento es una estrategia que permite observar la teoría de la agencia y superar los problemas originados por la información obtenida de diversas fuentes. Es inherente al servicio prestado el contrato de aseguramiento, convirtiéndose este en una en una garantía de servicio. Apoyando la protección de los riesgos financieros, pues es un sistema basado en la solidaridad y mecanismos de prepago, distribuyendo los diferentes riesgos en los cuales incurren las personas en lo

relacionado con salud en la distribución del mismo. Por lo anterior es válido afirmar que la reforma de 1993 tenía como propósito privatizar los servicios de salud que estaban en manos del monopolio estatal para permitir abrir camino a la competencia entre un número plural de aseguradores de carácter privado y público. El sistema definió el pago de una prima por cada afiliado calculada como promedio del total de afiliados al sistema por el total de los pagos parafiscales de las empresas y trabajadores. Esta prima única anual se denominó UPC unidad per cápita. A su vez los individuos que carecían de capacidad de pago tenían una asignación anual como prima de seguros o UPC con cargo al presupuesto nacional y a una mínima parte de los aportes de los trabajadores, ello se denominó el Régimen Subsidiado este modelo busco cubrir financieramente las necesidades de aseguramiento de toda la población colombiana.¹²

Según la OMS *“los sistemas de salud, no sólo deben fomentar la salud de los ciudadanos –como se hacía mención en la declaración de Alma Ata- sino protegerlos frente a los costos de la enfermedad. Los gobiernos deben reducir el regresivo gasto individual en salud y crear sistemas de financiamiento y prepago que reduzcan el riesgo para los ciudadanos”* (World Health Report, 2000). El nuevo sistema de seguridad social por lo tanto, instauro un sistema de división de las responsabilidades. Aquí cada cual aporta según su posibilidad y recibe según su necesidad, reza el lema de la seguridad social. Por consiguiente, la solidaridad se manifiesta en el pago y la equidad en el servicio, es decir, en el derecho igual para todos. Con este, las familias necesariamente se protegen de los riesgos o eventualidades financieras originadas por las enfermedades, los accidentes, el desempleo o la invalidez, así pueden continuar percibiendo los ingresos necesarios para su subsistencia, pues en teoría el sistema asume el costo de estos eventos desafortunados.

La Constitución de 1991 estableció en su primer artículo que *“Colombia es un Estado Social de Derecho”* y con posterioridad, que entre los fines esenciales del Estado está

¹² LEON, MARTINEZ. Félix. *“La regulación económica del sector salud Entre la ilusión de un mercado y el control absoluto del Estado”*. Documento de trabajo Maestría en Protección Social.

el de “*garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución*”, entre estos el derecho irrenunciable a la seguridad social. Con la reforma, como ya se ha mencionado nacieron los dos regímenes que se mantienen hasta hoy, sin que se haya concluido el propósito de igualar sus planes de beneficios dispuestos por la propia ley 100. El contributivo, creado para aquellos que tienen capacidad para hacer aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos derivados de su actividad independiente o profesional y el subsidiado, estructurado para personas que no tienen capacidad económica suficiente para pagar por los servicios de salud y a quienes el Estado debe financiar parcial o totalmente el valor del servicio de salud requerido. (Revista Salud Publica, 2002).

Para ambos regímenes el Sistema creó un valor del seguro a prestar para cada persona llamado: unidad de pago por capitación o UPC y un listado de derechos denominada: plan obligatorio de salud (POS), que establece los servicios médicos, tratamientos, cirugía y demás a los cuales tiene derecho cada usuario cotizante o beneficiario del cotizante, este último deberá ser cubierto, a su vez las aseguradoras o administradoras, que son captadoras del pago del seguro, determinan con arreglo a la ley, el valor que corresponde al promedio del costo para los servicios contenidos en el POS, tomando como base del cálculo un gran grupo de asociados, y no las necesidades de un individuo considerado de forma particular, además se promedian con los servicios demandados por otros ciudadanos para los cuales estos tienen bajo costo.(Revista Salud Publica, 2002).

Por los elementos planteados, se puede inferir que El Estado colombiano, le asigna una gran importancia de la cultura en el Régimen Subsidiado en salud, partiendo de la premisa que su función es prioritaria, para llegar con atención en aseguramiento a la población más vulnerable del país. Debido a que dicha vulnerabilidad, en buena parte del territorio nacional es alta. También el Estado ha considerado como fundamental concientizar a la masa poblacional más pobre en Colombia, especialmente en lo relacionado con la prevención de riesgos, sobre todo aquellos derivados de la salud, el ciclo de vida de las personas y otros que han provocado en los últimos años, una serie

de desastres naturales, especialmente los relacionados con fenómenos causados con la reciente ola invernal.

Otro elemento que es importante poder explicar mejor las características del Régimen Subsidiado nuestro en salud, se hace necesario conceptualizar el fenómeno de la pobreza, como elemento integrador en la cultura del Régimen Subsidiado, pues ello permite proponer medidas que hagan eficaz el sistema de salud, haciéndolo más fuerte en lo referente a los servicios de salud que este brinda a sus beneficiarios, en este caso la población más vulnerable y desprotegida. Según el documento: *“DOCUMENTO CONCEPTUAL SOBRE EL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD”*, del Ministerio de la protección Social 2005, En los últimos años la controversia en torno a la protección social, se ha centrado en dos tipos de aproximaciones: por una parte, las tesis de manejo social del riesgo y en otra, la de los derechos sociales de las personas. La primera aproximación se refiere a la concepción planteada por los técnicos del Banco Mundial, en ella se propone que el principal referente a analizar se relaciona con la vulnerabilidad de los individuos, por lo tanto se hace necesario reducir el nivel de pobreza en los países, y uno de los elementos que resultan esenciales para reducirla e palabras del informe, es atender en forma focalizada a la población más vulnerable.(Revista Salud Publica, 2002).

En lo referente a los derechos sociales y la Seguridad Social, estos se consagran en el artículo 48 de nuestra Carta Magna: *“La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.”* además *“El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los*

medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante". (Revista Salud Publica, 2002)

Para (Holzmann y Jorgensen 2000), los pobres son más vulnerables debido a que ellos están más expuestos a todo tipo de riesgos y sumando a esta circunstancia, a que es poco el acceso de estos a una serie de instrumentos que les permitan manejar de mejor manera los riesgos a los cuales están expuestos, según este planteamiento, al ser asegurados por el sistema, se reduce parcialmente el problema experimentado respecto de dichas poblaciones, es decir la vulnerabilidad, incrementándose así su bienestar y reduciéndose efectivamente sus niveles de pobreza. El Régimen de Seguridad Social, desempeña un papel importante en la lucha contra la pobreza, pues permite en economías como la colombiana, mitigar momentos de crisis económica, uno de los principales factores e propagadores de la pobreza en algunos grupos poblacionales que integran la sociedad. En el terreno internacional, los países se encuentran promoviendo esfuerzos, con el ánimo de lograr un mayor arraigo en la cultura de la seguridad social, en la cual esta insertado el régimen subsidiado como eje fundamental, desde la creación del sistema como un todo.

3.2. Algunas consideraciones finales

Algunos especialistas entienden a la protección social como un sistema de mediación entre el orden político, económico y doméstico. Influido por múltiples relaciones establecidas por la cultura de la sociedad y que de una u otra manera influyen en su funcionamiento, tampoco se puede negar que el sistema cubre mal o bien a los individuos en una serie de riesgos a los cuales se ven expuestos. Cuando las personas en cualquier sociedad se sienten protegidas, consideran que tienen la alternativa de hacer frente a los diversos peligros de su existencia, podemos relacionar ello con la satisfacción de una de las necesidades básicas propuestas por "Maslow", en su teoría de la jerarquía de las necesidades: la salud. Efectivamente la protección social actúa de manera permanente, es un sistema supremamente dinámico, que

independientemente de coberturas limitadas o no para sus usuarios, brinda a estos cierta tranquilidad, así estos se ven abocados con el paso de los años, a enfrentarse a riesgos derivados de cambiantes estructuras productivas impuestas por la dinámica económica a la cual son volubles, incluyendo los mecanismos de protección social, reformados por los gobiernos nacionales de turno.

Con lo que hemos observado, es posible considerar que la irrupción del Régimen Subsidiado en Salud altero la concepción cultural que se tenía en Colombia respecto del concepto de protección social, sufrió una gran variación al incluir los preceptos de servicio, usuario, eficiencia y focalización al argot del aseguramiento de la población más vulnerable. Por lo anterior, considero prudente con un cuadro comparativo, adelantar un breve análisis relacionado con las Ventajas y Desventajas de la Cultura y Conocimiento del Régimen Subsidiado en Colombia

Cuadro 3 Ventajas y desventajas de la Cultura y Conocimiento del Régimen Subsidiado en Colombia

VENTAJAS	DESVENTAJAS
- Su conocimiento entre la población, permite el acceso a la salud. - Se ha promovido en las instituciones la política de la ineficiencia administrativa - Apoya la disminución de los índices de pobreza No está demostrado plenamente que una mayor cobertura en salud disminuya realmente los índices de pobreza - Se ha arraigado la cultura del régimen subsidiado entre los independientes.	- No siempre el nivel de desarrollo más alto implica que los municipios, con estas características no requieran para su población vulnerable amplia atención con su población vulnerable, pues son precisamente estos los mayores receptores con personas en dicha condición.

- La cultura del régimen subsidiado de salud no se ha arraigado en la población colombiana en general
- La población rural es consciente de la necesidad del régimen subsidiado lo cual está demostrado en las últimas estadísticas.
- La población de las ciudades no es consciente de las bondades del régimen subsidiado, pues cuenta con empleos formales en su gran mayoría y por ello accede a los servicios del régimen contributivo
- El impacto ha sido más alto en el área rural
- El impacto del régimen subsidiado no es tan alto como en el área rural.
- El sistema de régimen subsidiado brinda recursos a la población más vulnerable económicamente.
- Las personas de más altos ingresos desconocen que terminan asumiendo parte de los costos de las personas de más bajos ingresos
- Los municipios con niveles de desarrollo más bajos cuentan con más población beneficiada.

Fuente: Elaboración propia

4. ELEMENTOS DE POLÍTICA INSTITUCIONAL

La globalización como modelo de desarrollo adoptado por una parte sustancial de los países en América Latina, trajo consigo sustantivos cambios institucionales. Uno de los más significativos fue el de la alteración de la figura del Estado y su relación con los individuos y ciudadanos. En la concepción del modelo Cepalino el Estado era un agente regulador y rector de las políticas estatales y su órbita de influencia en los asuntos de la cotidianidad era mucho más férrea, en el modelo de desarrollo de la globalización el papel preponderante del Estado se reduce y cambia a ser un árbitro de las relaciones de competencia entre individuos y agentes, permitiendo así que la libertad en su expresión más amplia se desarrolle y la competencia asigne de forma eficiente los recursos y posibilidades de los individuos. Sin embargo en Colombia esta perspectiva operó en el nuevo modelo de salud de forma parcial, puesto que el Estado no solo tiene un papel regulador si no también asegurador de una parte muy sustancial de la población que no tiene posibilidades de aportar a la sostenibilidad del sistema.

Por lo anterior, el nuevo sistema se fundamentó en lo dispuesto por el artículo 48, del capítulo 1, que lo consagra bajo la denominación de *servicio público*, servicio de carácter obligatorio, que debería prestarse bajo la dirección, coordinación y control del Estado, además señala el artículo, con sujeción a los principios de eficiencia, mejor utilización social y económica de los recursos, universalidad, protección y beneficios fundamentales a toda la población, además de solidaridad y financiamiento de la política social de forma diferenciada, según la capacidad económica de cada persona. El que la Carta Política enuncie el derecho a la salud y en general a la Seguridad Social, como un servicio, tiene profundas repercusiones para el aseguramiento del mismo, porque incluye a sectores distintos del Estado como partícipes de este proceso, y porque le otorga a este (el Estado), un papel distinto del que ostentaba en el modelo constitucional anterior.

En este contexto, fue promulgada la ley 100 de 1993, norma que define a la seguridad social en su preámbulo como: “*el conjunto de instituciones, normas y procedimientos,*

*de que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida y en general las que afectan la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional*¹³. Definición que representa una ruptura con el modelo en donde el Estado, como principal rector de la política de aseguramiento definía en forma única los lineamientos y las políticas de protección en salud, seguridad social y pensiones por medio de sus instituciones, replicando así fuera de forma parcial los derroteros del denominado Estado de Bienestar europeo y anglosajón. (Giraldo, Giraldo 2007).

La Ley 100 de 1993 creó el Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI), tal norma, pretendía solucionar las deficiencias del sistema pensional y de salud en aspectos como la cobertura y la inequidad. Así mismo, las múltiples reformas implementadas por esta ley propugnaban, hacer más sostenible el pago futuro de las mesadas pensionales, así como garantizar la sostenibilidad financiera del aseguramiento en salud de la población más vulnerable. El debate que suscito la implementación de dichas reformas giro en torno de la pugna entre las concepciones derivadas del Estado de Bienestar y la concepción neoclásica de la economía política, visión que hace un marcado énfasis en las denominadas bondades del mercado como regulador de los sistemas sociales, y el sector privado, dotado de una fuerte tendencia hacia la eficiencia y el mejor empleo de los recursos. (Giraldo, Giraldo 2007).

Uno de los componentes de este nuevo esquema de aseguramiento, lo constituyo el surgimiento del Régimen Subsidiado en Salud, como uno de los dos mecanismos específicos de asignación de recursos del sistema. Este fue concebido, como el entramado de políticas institucionales de atención e inclusión de la población carente de capacidad de pago y demandante de servicios de salud y aseguramiento. Este Régimen se fundamentó en la financiación con arreglo a recursos fiscales del Estado y de solidaridad provenientes del Régimen Contributivo, utilizando como criterio de asignación técnica, la denominada UPC, o unidad de pago por capitación, que es un sistema de distribución diferenciada de dinero para atención en salud y aseguramiento de cada una de las personas incluidas en el primer régimen. La primera gran dificultad

¹³ Ley 100 de 1993, Preámbulo. Pág. 1.

que encontró este sistema fue que la UPC del Régimen Subsidiado era mucho menor que la del contributivo, generando una profunda e inaceptable inequidad entre quienes estaban en el contributivo y el subsidiado, gracias a que con menores recursos era evidente que se prestarían menores servicios y de mucha menor calidad, esto siempre y cuando los servicios fueran efectivamente prestados, situación recurrente por lo menos en la última década. (Martínez, 2010).

Uno de los propósitos más ampulosos del nuevo sistema de salud y aseguramiento, era la disposición normativa de igualación de los planes de beneficios antes de año 2001, es decir el listado de servicios, procedimientos y medicamentos que tenía cada régimen, plan que era sustancialmente distinto entre el contributivo y el subsidiado, gracias al menor valor de la UPC del subsidiado, y que ponía en sincera desventaja a los asegurados por este. Tal situación llevo en 2008 a la Corte Constitucional a emitir la icónica sentencia T/768 en donde entre otras, veinte ordenes, obligaba en forma perentoria al gobierno a establecer un esquema expedito de igualación del POS de ambos regímenes. Orden que no ha sido efectivamente acatada por el gobierno nacional, al pretender igualar el POS conservando el valor diferenciado de la UPC, con lo que pone es serio riesgo de inviabilidad financiera a los hospitales de la red pública, los encargados de atender los usuarios de este régimen. El cual ahora demanda más servicios con la misma base presupuestal.

El asentamiento de la profunda crisis que afronta el sistema de salud en Colombia y el incumplimiento parcial de las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en la Sentencia T 760/08 y otras, son las motivaciones que nos llevan a examinar así sea de forma muy preliminar y genérica, el funcionamiento del Régimen Subsidiado en Salud y proponer algunas alternativas viables de superación de la crisis. Esto, como una humilde contribución de la Maestría en Protección Social de la Universidad Santo Tomas al necesario debate acerca de la crisis del Sistema de Seguridad Social en Salud y el futuro del mismo en un país agobiado por múltiples problemas sociales y carente de soluciones realistas en el corto plazo

El SGSSS en Colombia, creado por la Ley 100 de 1993, puede ser entendido con el modelo de pluralismo estructurado. Este modelo se basa en la separación entre el financiamiento del servicio y su prestación, la relación entre estas dos funciones es mediada por el articulador (Londoño y Frenk, 1997). El articulador es una institución de aseguramiento que, de una parte, administra los riesgos de los afiliados al sistema para lo cual recauda cotizaciones, y de la otra, remite a los afiliados - consumidores cuando requieren atención médica ante las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), en Colombia el articulador son las Empresas Promotoras de Salud las tristemente famosas EPS. Como hemos visto este mecanismo se combinó con la focalización del servicio, hacia los más pobres a través de subsidios a la demanda administrados por los gobiernos locales. El Régimen Subsidiado se basa en las postulaciones de doctrina neoclásica, en donde se presume que el conjunto del sistema de salud funciona como un mercado, en donde interactúan continuamente la oferta y la demanda, en donde el oferente de un servicio compite con otros por la mayor satisfacción de los clientes o usuarios, y en donde el Estado solo interviene para ejercer funciones de regulación del mercado y para atender a quienes por su incapacidad no acceden al mercado.

Por ello, el Estado desarrolla la encuesta de selección de beneficiarios que clasifica a las personas pobres en cada municipio y, cumplida esta condición, se los afilia a una EPS del régimen subsidiado, mediante el pago de una cuota anual por su afiliación, denominada UPC, que es el costo promedio de una vigencia presupuestal por cada individuo en el Régimen que demandan servicios de salud. El número de afiliados al régimen subsidiado se ajustó teniendo en cuenta la Base Única de Afiliados del Sistema (BDUA) de acuerdo con la cual los afiliados al régimen subsidiado finalmente validados para 2008 son 19,4% menos personas que las reportadas en los informes de cobertura del Ministerio de la Protección Social. Por otra parte los afiliados al régimen contributivo se ajustaron por los afiliados suspendidos, que por el no pago de sus aportes al sistema durante tres meses consecutivos, de forma que estos pierden el derecho a recibir atención médica, pero no son retirados de la base de datos de afiliación, este ajuste es de 2% menos afiliados que los reportados en los informes del CNSSS La población no asegurada se calcula como la diferencia entre la población

total y la afiliada a cada uno de los regímenes de aseguramiento en salud, por esta razón es necesario hacer un ajuste debido a la multifiliación existente entre las personas del Régimen Contributivo y las de los regímenes especiales, que al ser deducidos de la población total reducen el número real de personas no aseguradas. Desde el punto de vista institucional el Estado cumple una función de vigilancia e inspección, y derivada de la misma diseña e implementa políticas en dicho Régimen, políticas tales como el desarrollo de nuevas estrategias de atención, programas de atención para comunidades vulnerables, reformas a los mecanismos administrativos del sistema, etc.

4.1. Principales resultados de la Ley 100 de 1993

Aquí presentaremos un somero análisis del funcionamiento y los principales problemas atinentes al Sistema de Salud en Colombia, reforzando algunos de los aspectos que hemos explicado en los capítulos precedentes y señalando algunas alternativas y propuestas para cambiar el sistema de atención en salud subsistente en Colombia. Teniendo en cuenta que cualquier propuesta de cambio de la regulación del sistema de salud en Colombia depende sin ninguna duda de un profundo cambio tanto en las costumbres como en el sistema político de nuestro país, y del concurso decidido del mayor número de sectores y ciudadanos por defender la salud como un derecho humano fundamental y expresarlo públicamente por los medios democráticos y civiles propios de las entidades del Estado.

Siempre ampulosas las previsiones de las reformas neoliberales, la ley 100 fue implementada con la promesa de asegurar la totalidad del cubrimiento en salud de la mayor parte de la población en Colombia, reducción sustancial de las patologías endémicas y epidémicas, mejorar la calidad de los servicios y por medio de la competencia, la universalidad de acceso, racionalizar los recursos del sistema, mejorar la investigación y la innovación científica en el campo médico etc. Esta ley, muy por el contrario, lejos de cumplir estos postulados, estructuró un sistema de aseguramiento

de contingencias que entronizó el trato desigual entre aquellos con capacidad de pago y quienes carecían de ella, segmentando onerosamente tanto los tipos y las calidades de las coberturas. (Hernández. 2008).

Por ello los segmentos poblacionales en peor condición socioeconómica y con mayores necesidades, frecuentemente son excluidos o se les ponen severas limitaciones al acceso, como pudimos observarlo en los capítulos precedentes. Además se debilitó fuertemente la red pública hospitalaria al punto de ser cerrados un número sin antecedentes de hospitales y postrar en severas crisis a las facultades de medicina públicas, y por contera a la propia profesión médica, al respecto las asociaciones de médicos y usuarios sostienen:

“Este modelo convirtió los componentes de la seguridad social (salud, pensiones, riesgos profesionales, etc.) en mercancías que bajo la lógica del mercado, deben generar lucro para el beneficio de unos pocos, a partir de la entrega de recursos públicos a actores privados, que actúan con mínimo control del Estado. Estos actores privados se han convertido en intermediarios con funciones de administración, afiliación y provisión de servicios de seguridad social. Por su diseño, el modelo de la ley 100 es insostenible financieramente, segmentado -al prestar servicios diferenciados para los distintos grupos de población-, e inequitativo al promover - *desigualdades en el acceso a servicios, principalmente por las condiciones económicas de la población* -. Esto es lo que explica las crecientes problemáticas de calidad, integralidad y oportunidad”. (Campaña Salud Nacional por la Salud y la Seguridad Social como Derecho Fundamental. Pág. 10. 2009).

Los inconvenientes más protuberantes del sistema son los padecidos por los ciudadanos dependientes de la atención en salud, campo en el que han sido trasladados voluminosos dineros públicos a los intermediarios privados, solo en la década precedente el aporte de recursos creció del 1.8% al 3,7% del Producto Interno Bruto (DESLINDE, 2006). Esto además sin reportar aumentos sustanciales en las coberturas, en la medida que ostentar un carnet o hacer parte de un listado de ninguna

manera quiere decir que se asegure la atención y cuando esta se materializa, la misma se presta en las peores condiciones posibles, ello ocurre especialmente en los regímenes subsidiado y con los denominados vinculados (Hernández, 2009), situación que también observamos en la implementación de las políticas en el Subsidiado. Con todo lo anterior y luego de casi 20 años de vigencia del modelo actual, los resultados en terreno de cobertura, políticas y financiero son lamentables:

“coberturas que no lograron la universalización; inviabilidad financiera; altos costos generados por la intermediación de las EPS; crisis generalizada de la red pública hospitalaria (quiebre, cierre y privatización de hospitales); aumento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles; bajas coberturas de vacunación; baja calidad y restricción de medicamentos; aumento de barreras de acceso a los servicios de salud, que han llegado incluso a configurar prácticas perversas como la del llamado “paseo de la muerte”; exigencias de copagos, cuotas moderadoras y gastos adicionales que corren por cuenta del ciudadano y de su familia; reducción de beneficios de los paquetes de servicios” (Campaña Nacional por la Salud y la Seguridad Social Como Derecho Fundamental, Pág. 10. 2009).

Este calamitoso panorama llevo a miles de ciudadanos a acudir ante los jueces, para que ellos mediante vía judicial hiciera efectivos los derechos de acceso a la salud y a medicamentos, incluso en numerosos casos en donde los procedimientos o las medicinas hacían parte del POS, el abultado volumen de acciones de tutela que se interponían contra las EPS, llevo a la Corte Constitucional a pronunciarse de fondo acerca del funcionamiento y los problemas más evidentes que afrontaba el sistema. Es así como en 2008 analizo de forma colectiva 20 acciones de tutela presentadas contra diferentes operadores del sistema de seguridad social y emitió la histórica sentencia T – 760 de ese año.

En la misma la corte ordeno al Gobierno nacional entre otras, unificar los planes de beneficios de los regímenes tal como lo prescribía la propia ley 100, adoptar un plan de medidas de carácter financiero para lograr tal fin, difundir un plan de promoción

pública de salud en materia preventiva, adoptar un régimen más severo de control de la actividad de las EPS, a no colocar barreras administrativas para impedir la autorización de la prestación de los servicios de salud, actualizar los listados de medicamentos y procedimientos e instar al Comité Técnico Científico a cumplir las órdenes impartidas por el tribunal. Hasta el 1 de Julio de este año el ejecutivo autorizo a los agentes encargados de la prestación de los servicios de garantizar la prestación del servicio de atención en salud con los planes de beneficios actualizados. (Sentencia T – 768 de 2008).

Sin embargo y con la orden de la Corte Constitucional, el gobierno nacional parece no ser capaz de cumplir con lo dispuesto por el alto tribunal, por que como fue detallado en los capítulos anteriores, la unificación se llevó a cabo sin igualar los valores de la UPC en ambos regímenes, agravándose tal situación en los centros hospitalarios y las EPS departamentales en donde el cálculo de la diferencia entre dichos valores es casi la mitad. Entre tanto se les exige a los hospitales y operadores del sistema de salud que entreguen la totalidad de los servicios del POS unificado con los mismos dineros y con la diferencia subsistente en la UPC de ambos regímenes, esto sin duda será la quiebra de muchos hospitales que de seguro no soportaran el peso presupuestal de la responsabilidad de la unificación, también pudimos observar este problema en los ensayos anteriores.

5. ELEMENTOS DE COBERTURA EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

El modelo de aseguramiento en salud, derivado de la ley 100 de 1993, cumple más dos décadas de implementación y desarrollo. No obstante y tras el ampuloso cumulo de expectativas que fueron generadas entorno de su aplicación, los resultados que se obtuvieron luego desarrollo de dos décadas como política pública general de salud en Colombia, distan mucho de ser cuando menos satisfactorios¹⁴. De un lado, el gran objetivo planteado en la exposición de motivos de la norma, en virtud del cual se perseguía el alcanzar la universalidad en el cubrimiento en salud para la totalidad de la población colombiana, se encuentra aún muy lejos de ser logrado, y por otra parte, el cumplimiento eficiente de los propósitos de mejora sustantiva en materia de calidad y equidad, parecen incluso hacerse revertido respecto del sistema previo a la Ley 100 de 1993.¹⁵ Cuando se implementó como consecuencia de la adopción de la ley 100, el denominado Régimen Subsidiado en Salud, se sostuvo que este tenía como elemento central el asegurar la inclusión de la población más pobre al sistema de aseguramiento en salud, para de esta manera garantizar este sensible derecho consagrado en la Carta Política de 1991. Sin embargo, hoy este propósito se encuentra altamente incumplido (ver gráfico 3). Adicionalmente y por si eso fuera poco, quienes consiguen ser atendidos por el sistema de salud, se ven enfrentados continuamente a las restricciones estructurales del Plan Obligatorio de Salud – POS - del Régimen Subsidiado, que se configuro con inaceptables diferencias frente al ofrecido por el del Régimen Contributivo, no obstante la disposición legal subyacente para igualarlos antes del año 2001.

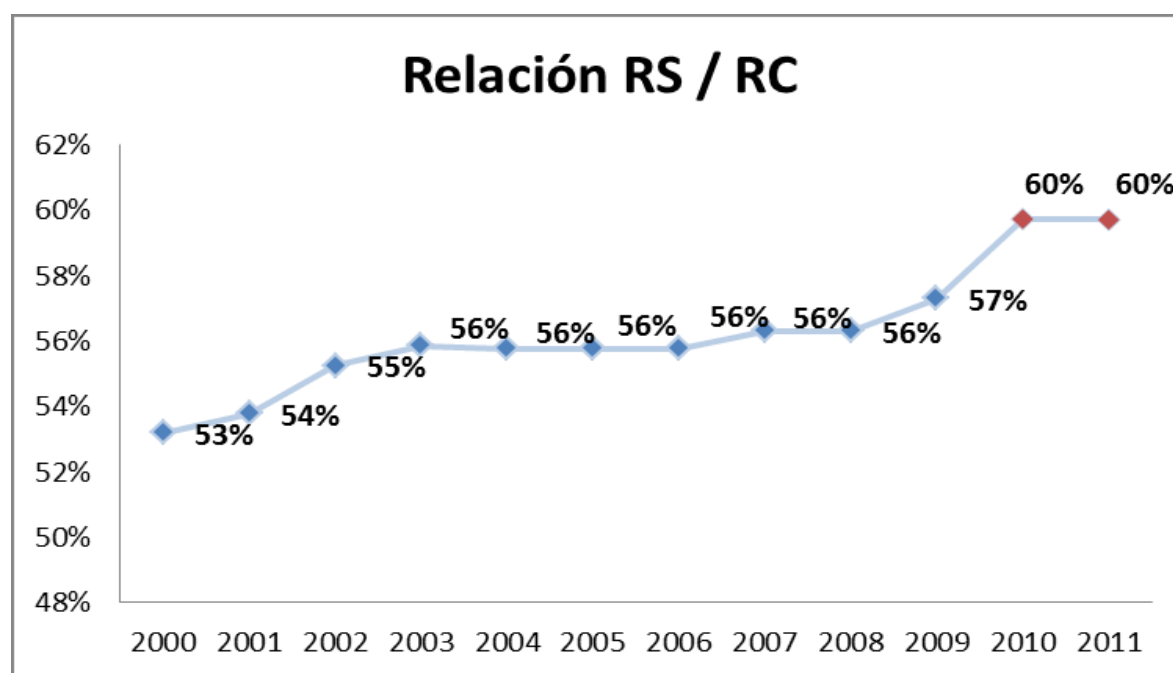
Esta situación se presenta por que la UPC (Unidad de Pago por Capitación), en cada uno de los dos regímenes del sistema de salud, tiene un valor distinto, siendo históricamente mucho más alto el valor de ella en el contributivo, como lo muestra el

¹⁴ “La finalidad de los recursos del régimen subsidiado, de acuerdo con el artículo 212 de la ley 100 de 1993, es financiar la atención en salud de las personas pobres y vulnerables y a sus grupos familiares que no tienen la posibilidad de cotizar al régimen contributivo y teniendo en cuenta el interés social de éstos recursos”. Concepto 0313. Bogotá, D.C. febrero 21 del 2003. Ministerio de Salud.

¹⁵ Art. 153 Ley 100 de 1993 modificado por Art. 3 de la Ley 1438 de 2011.

cuadro 3. Esto restringe gravemente el acceso de los ciudadanos a una plena atención en salud. Por tal razón la que la Corte Constitucional impartió la sentencia T – 760/08, con la que le ordeno al gobierno nacional, igualar los planes de beneficios, atendiendo lo establecido incluso en la propia ley 100¹⁶. En virtud de ello, el propósito central de este primer capítulo, será tratar de entender como se ha comportado la cobertura en el Régimen Subsidiado de salud luego de su implementación hasta hoy, contrastando los propósitos de la ley 100 con sus resultados.

Cuadro 4 Relación de los valores de la UPC de Régimen Subsidiado con respecto al UPC del Régimen Contributivo



Fuente. Informe Anual de la CRES al Congreso de la República 2009-2010, actualizado con el Acuerdo. 09 de 2009 y Acuerdo. 23 de 2011.

¹⁶ CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia T – 760 de 2008. Magistrado Ponente. Manuel José Cepeda Espinoza. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

5.1. ¿En qué consiste la cobertura?

La cobertura en salud, entendida en su acepción más amplia hace referencia al número de habitantes pertenecientes a una determinada zona geográfica, que tienen acceso a servicios de atención en salud y saneamiento básico de forma parcial o completa, sin importar si los mismos habitantes o ciudadanos tienen asimetrías derivadas de sus particulares características culturales, sociales o poblacionales. Resulta pertinente entonces aclarar que la cobertura expresada en un frío dato estadístico no necesariamente reflejado la realidad de la satisfacción o goce efectivo de una necesidad de atención en salud. En Colombia dichas necesidades han sido descritas por la jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional, como la adecuada cobertura y prestación de los servicios de salud además del goce efectivo de dicho derecho¹⁷. Según datos del Ministerio de la Protección Social de 2008, se estimaba que para ese año cerca de un 37% de la población permanecía sin ningún tipo de aseguramiento, es decir que la meta de cobertura descrita por la ley 100 en materia de cobertura se estaba cumpliendo parcialmente¹⁸. E igualmente quienes hacen parte de las estadísticas oficiales de cobertura, están en una precaria situación laboral, tienen reducidos ingresos o rentas inestables obtenidas como producto generalmente del desarrollo de actividades informales. Lo anterior como fruto de la aplicación las varias reformas laborales y de la crisis económica subsistente, y de una caída sustantiva del empleo formal.¹⁹

Entonces, ¿qué pasa con aquellos que fueron marginados del aseguramiento en salud por su incapacidad de pago? La ley 100, denomina a este tipo de población como, vinculada, es decir el rango de compatriotas que no se encuentran oficialmente cubiertos por ninguna de los dos regímenes de aseguramiento, ni el Subsidiado ni el

¹⁷ CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia T – 760 de 2008. Magistrado Ponente. Manuel José Cepeda Vargas.

¹⁸ REVISTA DESLINDE. No 33.

¹⁹ DESLINDE. Revista. “La crisis de la salud y la Ley 100 de 1993. Entrevista a Mario Hernández Médico, Ph.D. en Historia y profesor asociado del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional”. Mayo a Junio de 2010.

Contributivo,²⁰ rango que además es una etapa transitoria entre los Regímenes Subsidiado y contributivo entre tanto es alcanzada la cobertura universal. Ellos, son los usuarios que normalmente acuden a la Red Pública Hospitalaria, cuyos gastos están a cargo de los recursos ordinarios de la Nación, por medio de sus transferencias y los aportes del presupuesto nacional²¹. Recursos que son destinados para la atención de la población vinculada, ciudadanos que dependen exclusivamente de los hospitales públicos, instituciones en donde se presentan los mayores reclamos por carencia de presupuesto y desarrollo de la atención en peores condiciones de precariedad. Incluso se denuncian casos aberrantes en donde los gobiernos, sencillamente no atienden las deudas con estas instituciones, originadas en la atención de los vinculados cuando no es, la red pública hospitalaria, quien termina asumiendo las limitaciones derivadas del plan de servicios del Régimen Subsidiado²².

De otra parte es importante señalar como la infraestructura de los servicios de salud, la capacidad de resolución de la demanda por los servicios de asistencia médica, las posibilidades en términos de acceso para las personas, el acceso y la disponibilidad de medicamentos por los usuarios, difieren sustancialmente para el medio urbano del rural, lo que origina finalmente, una severa afectación negativa de los niveles de atención disponibles. Situación que afecta especialmente a los Colombianos ubicados geográficamente en regiones muy apartadas, como los llanos Orientales, el Choco o la Amazonia, en donde la prestación de los servicios de salud corre por cuenta directa de los esfuerzos institucionales del Estado, y donde solo opera el Régimen Subsidiado en Salud.

²⁰ Artículo 22 Ley 100 de 1993.

²¹ RINCON, PERFETTI. G. H. “*El plan Obligatorio de Salud y el Sistema Colombiano de Seguridad Social*” Revista. Actualidad Laboral y Seguridad Social. LEGIS. Número 123. Mayo – Junio de 2004. Pág. 20.

²² Denominado Paseo de la Muerte. Esta es una reprochable practica que consiste en trasladar continuamente a un paciente vinculado, por muchos centros hospitalarios en donde le niegan reiteradamente la atención en salud, hasta el extremo de dejarlo fallecer en la puerta de algún centro hospitalario.

La noción teórica que justifica, el asumir la responsabilidad de la atención de la cobertura en salud por parte del Estado, a la población carente de recursos económicos, proviene de las tesis del ideario neoclásico de la economía política. Dichas tesis, señalan que los subsidios del Estado deber ser dirigidos a la población que el mercado, considera como inactiva o ineficiente, por medio de la denominada focalización, o destinación específica a los más pobres.²³ De allí que surja normativamente la diferenciación entre población vinculada y con aseguramiento en el régimen subsidiado por medio de la encuesta del SISBEN. Este último un instrumento de carácter técnico, compuesto por una encuesta que pretende medir en forma imparcial, el nivel de pobreza de los ciudadanos y así asignar los recursos de los programas sociales del estado para cubrir sus necesidades²⁴.

5.2. Evolución de la cobertura en el Régimen Subsidiado.

Con respecto a los objetivos propuestos por la Ley 100 de 1993, la Universalidad en el acceso al derecho a la salud, no se logró, ni siquiera con las cifras que muestra de forma oficial el Ministerio de Salud, en donde en forma supuesta alrededor de 22 millones de compatriotas cuentan con aseguramiento en el Régimen Subsidiado. No obstante cuando se profundiza en el examen de la cifra, es posible observar como en los datos que entrega el Ministerio de Salud, se combinan indistintamente en el Régimen Subsidiado, a afiliados a este y vinculados, considerándoles en forma igualitaria, sin que ello redunde ni en un efectivo cubrimiento ni en una honestidad estadística del Gobierno Nacional. De otro lado es importante mencionar como la cifra de cobertura, no hace mención de aquella población que aparece formalmente inscrita como beneficiarios de los dos regímenes pero que no acceden formalmente a los servicios de salud, en cuanto que las cotizaciones están vencidas o sencillamente sus contratos concluyeron o sus pagos se encuentran atrasados.

²³ GIRALDO, GIRALDO. C. “*Rescate de lo Público*”. Revista Villa Libre • Cuadernos de estudios sociales urbanos • Número 2 – 2008. Pág. 8.

²⁴ FRESNEDA, BAUTISTA. O. “*La focalización en el régimen Subsidiado de Salud. Elementos para un Balance*”. Bogotá. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Número 5. 2003. Pág. 57.

Cuadro 5 Población Afiliada a los Regímenes Subsidiado y Contributivo 2010

AÑO	2010	
R. SUBSIDIADO	22.165.779	55 %
R. CONTRIBUTIVO	18.163.158	45%
TOTAL R.S. + R.C.	40.328.937	

FUENTE: Cálculos UAE-CRES tomando como base el promedio mensual de afiliados activos BDUA 2010

El estar protegido por un servicio de salud, implica para las personas, asumir con éxito la oportunidad de hacer frente a los riesgos de enfermedad, lesiones o similares, sin embargo la realidad demuestra que las coberturas en muchas ocasiones son limitadas, pues ello se deriva de las políticas sociales. Para el caso específico de la atención en Régimen Subsidiado, la calidad de la atención y los derechos de los usuarios dependen directamente del plan de servicios POS de dicho régimen muy inferior al ofertado para de los del contributivo, y de los recursos de la UPC del Subsidiado que es menor que la del contributivo. No obstante la Sentencia T 760/08, el plan de unificación de los planes de beneficios se va a realizar en un plazo de 6 años a partir de 2013, y aun no es clara la forma de igualación de UPC de los dos regímenes.

Cuadro 6 Cobertura del RC Y RS 2012

AÑO	2012
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. Total	19.945.855 Millones. P.
RÉGIMEN SUBSIDIADO. Total	22.454.054 Millones. P.

Fuente. Ministerio de Salud. 2012.

En el cuadro comparativo histórico se evidencia como el Régimen Subsidiado, la población es mayor con lo que los recursos del presupuesto público para atender las necesidades de atención de salud de esta población aumentan de forma muy significativa. Adicionalmente aquellos que pueden ingresar al sistema se enfrentan a todo un arsenal de barreras administrativas y de restricción de servicios que convierte a los mismos en víctimas de la configuración estructural perversa del sistema.

Cuadro 7 Cobertura Histórica RS Y RC

MINISTERIO DE SALUD y PROTECCIÓN SOCIAL
histórico de cobertura en afiliación salud

AÑO	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	Total General	DANE (Estimación y Proyección)	COBERTURA
2004	11.199.073	15.553.474	26.752.547	42.368.489	63,14%
2005	14.270.698	18.438.013	32.708.711	42.888.592	76,26%
2006	17.996.635	20.125.263	38.121.898	43.405.956	87,83%
2007	17.423.153	21.606.812	39.029.965	43.926.929	88,85%

2008	18.405.579	23.601.000	42.006.579	44.451.147	94,50%
2009	18.046.744	23.373.913	41.420.657	44.978.832	92,09%
2010	18.462.916	21.840.891	40.303.807	45.509.584	88,56%
2011	19.620.393	22.295.140	41.915.533	46.044.601	91,03%

Fuente: BDUA Régimen Contributivo - Oficina TIC Ministerio de Salud y Protección Social

Cupos contratos Régimen Subsidiado – Consorcio

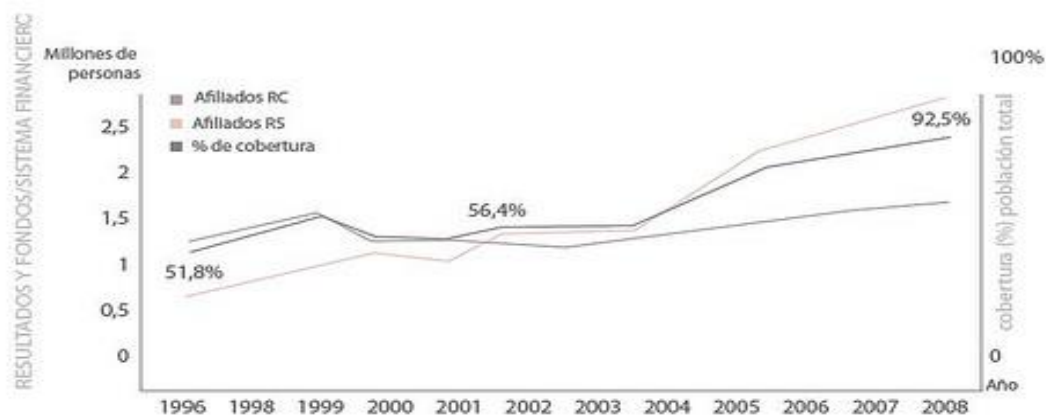
FOSYGA Régimen Subsidiado año 2011- Afiliados cargados

en BDUA- Consorcio SAYP

Cuando se introdujo la ley 100 se aseguró que para el año 2001 aproximadamente 23 millones de colombianos estarían en el Régimen Contributivo, aportando a este y al sistema de aseguramiento en pensiones, metas bien distintas de los resultados alcanzados, los grandes retos de la política de seguridad social requerían necesariamente de recursos ingentes para la financiación del sistema de salud con base en el Contributivo, de modo que fuera sostenible mantener el aseguramiento del subsidiado. Hoy sin embargo, 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, siendo aún peor la situación, ya que de estos solo 7 millones cotizan, de modo que los 10 millones restantes son beneficiarios. (UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, 2008). Esta cifra como hemos visto en los capítulos precedentes afecta también la cobertura en forma frontal, no obstante el gobierno intente mostrar estadísticamente lo contrario.

Cuadro 8 Número de Personas Afiliadas al RC y RS

Gráfico 1. Número de personas afiliadas al RC, RS y porcentaje de cobertura total



Fuente: SIGOB, Programa Así vamos en salud, CENDEX (2001), MPS.

política de seguridad social. UNIANDES. 2008.

Según una reciente resolución emitida por el Ministerio de Salud, (RESOLUCIÓN 2017 DE 2012), ver cuadro 1, la entidad calcula la cobertura del régimen de acuerdo con el total de registros en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), sobre el total de ciudadanos susceptibles de ser cubiertos por el mismo. Considerados de esta manera se ratifican todas y cada una de las críticas que se hacen a la cobertura de dicho régimen, porque los supuestos estadísticos en ninguna manera se compadecen con la realidad afrontada por millones de ciudadanos que se ven sometidos a las vicisitudes de las red pública hospitalaria y al mal servicio que prestan las IPS de este régimen.

El otro gran inconveniente subyacente a este régimen, lo constituye el criterio técnico de asignación de criterios para la inclusión al régimen, en concreto la encuesta del SISBEN. Instrumento con el cual se buscaba clasificar a la población en situación de marginalidad junto su tamaño, para incluirlos en los programas asistenciales focalizados del gobierno nacional, entre ellos su admisión como beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud, es importante no confundir al SISBEN con el Régimen

Fue
nte.
Salu
d y
pen
sion
es:
los
gran
des
reto
s de
la

Subsidiado pues si bien son concomitantes, no son lo mismo. Las encuestas se emplean para medir las condiciones de pobreza y de allí seleccionar a los posibles beneficiarios de este o cualquier otro programa de asistencia del gobierno. Pero el empleo de la misma posee un problema severo, pues excluye del aseguramiento en salud a una parte muy amplia de la población colombiana, que está en el medio por que no reúnen las condiciones de pobreza exigidas por los criterios técnicos del SISBEN para ser considerados como pobres, y no poseen recursos suficientes o salariales para cotizar formalmente en el sistema contributivo. Este tipo de población no está cuantificada oficialmente y es muy difícil encontrar datos que estimen el tamaño de la problemática, pero vistas las cifras oficiales del ministerio se presume que esta, es muy numerosa y dispersa.

5.3. Algunas Consideraciones finales

Es claro que el concepto de cobertura hace referencia al número de habitantes de una zona o todo un país, respecto del programa de atención que diseñe e implemente el Estado para la atención de sus necesidades básicas. La población con acceso a ciertos servicios de salud en el Régimen Subsidiado, se determina entre otros muchos por la aplicación del instrumento técnico de medición denominado SISBEN. Enmarcando el concepto propuesto, se corre un riesgo: el de hacer con ello referencia a un índice estadístico, contabilizando un número de habitantes que potencialmente tienen acceso a un servicio de salud, pero igualmente queda cierta duda, en relación de si realmente, se está midiendo el número de personas a los cuales se le está dando una real solución a los problemas de salud de la población, a la cual se hace referencia. O si el nivel de satisfacción con los servicios recibidos es adecuado o cumple las condiciones mínimas de satisfacción de las necesidades cubiertas.

Comencemos por señalar con Bruno Lautier que como consecuencia de la des-solarización, la protección social se dirige hacia una crisis financiera en la medida que la relación salarial formal se flexibiliza e incluso disminuye, pues se presenta una

disminución en la base de la cotización. La contrapartida resultante es que el Estado entra a cubrir a través de formas asistenciales el vacío que se presenta en la seguridad social, las cuales debe financiar con fuentes distintas a las cotizaciones, lo que crea una fuerte tensión fiscal. Además que vuelve inviable la sostenibilidad financiera del propio sistema, y contradice los postulados y supuestos con que el mismo fue implementado. De otro lado la calidad de la atención y el inmenso pasivo que presenta la red hospitalaria se aumenta de forma sustancial.

El régimen subsidiado en la estructura del modelo de competencia regulada por el estado es en términos teóricos un modelo de orden transitorio, puesto que el ideal es que cada ciudadano tenga un óptimo nivel de ingreso que permita aportar a un modelo de aseguramiento de competencia que permita cubrir sus necesidades de atención en salud. Sin embargo la dinámica económica de Colombia en los últimos años ha invertido la tendencia dejando un número más alto de ciudadanos en el régimen subsidiado que en el contributivo, lo que en el mediano plazo genera serios desequilibrios financieros tanto en el funcionamiento interno de sistema como en las finanzas del Estado cada día más agotadas por los factores económicos externos. Tal situación requiere una revisión profunda de los elementos que sostienen la estabilidad financiera del modelo así como una revisión profunda del papel del Estado en el mismo.

Los múltiples fallos de la Corte Constitucional y la declaración de la salud como un derecho fundamental representan un serio reto al Estado Colombiano quien debe desarrollar un mecanismo institucional que permita apuntalar los avances que ha tenido la ley 100 de 1993 y subsanar las dificultades que hoy presenta el modelo de atención en salud. Estas consideraciones son ciertamente relevantes en momentos en los que se desarrolla la reglamentación de la ley estatutaria de salud y en los que los principales lentes de la opinión pública están puestos sobre el desenlace que tendrá la crisis que afronta el sistema de salud en su conjunto. Hoy el Régimen Subsidiado sigue siendo un eje esencial del modelo de atención en salud en Colombia, la pregunta que el gobierno nacional debe hacerse y debe responderle a la sociedad en su

conjunto es si en el mediano plazo, ¿este modelo será sostenible fiscal y financieramente? Este interrogante es vital en tiempos en donde la tensión entre el aseguramiento de un derecho fundamental y un paquete unificado de beneficios de los dos regímenes se encuentran contra la sostenibilidad financiera del sistema de salud en el mediano y el largo plazo.

Las promesas con las que fueron implementadas las reformas de la Ley 100 no se han cumplido. Hoy por el contrario existe una seria crisis que afecta el funcionamiento y la estructura del sistema. La cobertura, la política institucional y sobre todo la calidad de los servicios están lejos de las metas planteadas por los instigadores de la reforma de 1993. Hoy el sistema requiere con urgencia una profunda reforma y debe introducirse la discusión acerca de la conveniencia sobre la segmentación de los servicios en función de la capacidad económica de los individuos y la intermediación en la prestación de los mismos, la academia y nuestra universidad estaremos en la primera línea de esta discusión tomando partido siempre por las salidas que den primacía al ser humano y sus más elementales necesidades.

6. PROPUESTAS PARA EL DESARROLLO DE UN MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD ALTERNATIVO

En medio de semejante crisis, muchos sectores afines al gobierno y al sistema de regulación subsistente, han salido a promulgar propuestas de toda índole que en términos genéricos sostienen los pilares con los cuales funciona el actual sistema, es decir, la altísima tasa de intermediación de las EPS y el peaje que cobran por esta, en cálculos del profesor Mario Hernández son casi el 30% del total de los recursos del sistema, (Hernández, 2009). Además de seguir sosteniendo la tesis que dándoles más autonomía y poca regulación a las mismas, estas se lograran estabilizar y el sistema de competencia entre prestadores lograra alcanzar efectivamente los propósitos previstos en la exposición de motivos de la ley 100. Esta tesis es la que orienta la propuesta de reforma que por medio del trámite de una ley estatutaria impulsa el gobierno nacional en la actualidad por medio del ministro del ramo Alejandro Gaviria. Por ello bajo nuestro análisis las siguientes pueden ser políticas que permitan desarrollar una propuesta de superación de la crisis debe tener los siguientes puntos de partida:

- 1.** Asegurar a la Salud como un derecho Humano fundamental e inalienable, impulsando una reforma constitucional de los artículos 48 y 49 de la Constitución para asegurar con rango constitucional este propósito, más allá de su consagración jurisprudencial.
- 2.** Separar la atención de la capacidad de pago, asegurando que cualquier ciudadano por el solo hecho de ser colombiano tenga acceso a los servicios de salud adecuados y suficientes, ello como primer punto de cualquier reforma estatutaria.
- 3.** Disponer que los recursos de los aportes de los trabajadores y empleadores vayan a una central única de recaudo en la que se complementan con recursos fiscales. Dicha central administra los recursos del sistema en forma directa y con el estricto control de los entes de control fiscal y disciplinario del Estado.

4. Reformar la estructura fiscal del Estado, incluyendo un sistema de tributación progresivo en donde se grave el patrimonio y en donde funcione un sistema de solidaridad en donde los mayores patrimonios financien a quienes carecen de recursos. (Sistema de financiación de carácter progresivo).
5. Organizar un sistema de distribución de recursos territorial en donde se distribuyan los dineros del sistema de salud de acuerdo con indicadores de necesidad y con objetivos y metas de salud y calidad. En este sistema pueden operar prestadores públicos o privados pero los recursos serán administrados directamente por un único pagador sujeto al control ciudadano.
6. Fortalecer la capacidad de intervención y dirección del ministerio de salud, para que los recursos del sistema no estén sujetos a ningún intermediario financiero. Además de que el ministerio ejerza sin presiones su facultad de dirección del sistema, incluyendo a la ciudadanía con capacidad real y efectiva de control sobre la administración del sistema y los recursos en todas sus etapas de ejecución presupuestal.
7. Mejorar las condiciones laborales de los trabajadores el sector salud, vinculándolos de manera directa al Estado por medio del ministerio de salud, y ofreciéndoles plenas garantías de sus derechos laborales y el ejercicio sindical. A su vez, eliminar toda forma de contratación por prestación de servicio y garantizar el pleno ejercicio de los derechos de carrera administrativa de los trabajadores del sector salud.
8. Por ultimo vincular a las facultades de medicina al sistema por medio de la investigación y la docencia en donde profesores y estudiantes tengan posibilidad de recibir y generara conocimientos del sistema de salud pública. Financiando con cargo a los recursos del Ministerio de Educación y de Colciencias proyectos de investigación e innovación médica.

9. Garantizar la atención de las necesidades de salud en los departamentos bajo su propia red de atención en el mismo ente territorial, y eliminar la práctica de contratar servicios de atención en salud en entes territoriales distintos a donde reside el afiliado.

Con estas propuestas esperamos por lo menos abrir la discusión en torno de las causas y probables soluciones que afronta el SGSSS en Colombia, es tarea de quienes hacen parte del sector y en particular de la academia, como actores de primer orden en el sistema profundizar estos debates y adelantar un serio proceso de diagnóstico y proponer soluciones que puedan sacar del atolladero a la salud en su conjunto en nuestro país, los estudiantes de la maestría en Protección Social esperamos contribuir humildemente con este propósito.

BIBLIOGRAFIA

ANDUCKIA AVILA. Juan Carlos. “La investigación: aproximaciones a la construcción del conocimiento científico”. Editorial. Alfaomega, Bogotá. 2009.

ARDILA R. Z. “El derecho a la Salud en sede de Tutela: Balance y perspectivas de la Jurisprudencia de la Corte Constitucional Colombiana”. Universidad Católica de Colombia. Bogotá 2009.

CAMPAÑA NACIONAL SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, DERECHO FUNDAMENTAL. Bogotá 2011.

CALDERÓN, C.: “El nuevo Estado del Bienestar en el marco de la Globalización Económica: el papel de la política fiscal”. Información Comercial Española, ICE: Revista de economía, pp. 229-238. Tribuna de Economía nº 819. 2004

CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO. (CID) “¿Ha Mejorado el Acceso a la Salud?” Evaluación del Régimen Subsidiado. Ministerio de Protección Social. Centro de Investigaciones para el Desarrollo. (CID). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2007.

COMISION DE REGULACION EN SALUD. CRES. “Estimación valor de unidad de pago por capitación UPC del régimen subsidiado para la unificación de los planes beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado para diferentes grupos de población”. Subdirección Técnica. Bogotá Octubre de 2011.

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia T – 760 de 2008. Magistrado Ponente. Manuel José Cepeda Vargas.

COMISION DE REGULACION EN SALUD. CRES. “Estimación valor de unidad de pago por capitación UPC del régimen subsidiado para la unificación de los planes

beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado para diferentes grupos de población”. Subdirección Técnica. Bogotá Octubre de 2011.

DEL PINO, E.: “Debates sobre la reforma del Estado de Bienestar en Europa: conceptos, alcance y condiciones”. <http://www.iesam.csic.es/proyecto/rebaac-en.htm>, 2004.

DESLINDE. Revista. “La crisis de la salud y la Ley 100 de 1993. Entrevista a Mario Hernández Médico, Ph.D. en Historia y profesor asociado del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional”. Mayo a Junio de 2010.

DERECHOS DE LOS USUARIOS, APORTES, COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS Y CUOTAS DE RECUPERACION. Segunda Edición. Defensoría del Pueblo. Bogotá D.C. 2010.

FRESNEDA, BAUTISTA. O. “La focalización en el régimen Subsidiado de Salud. Elementos para un Balance”. Bogotá. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Número 5. 2003.

HERNÁNDEZ, ÁLVAREZ. M. "La salud en Colombia: Análisis socio-histórico en Colombia" Bogotá. Colombia 1990. Ed. Ministerio de Salud. 2000.

HERNANDEZ, SAMPIERI. Roberto. C. “Metodología de la investigación”. Mc Graw Hill. Bogotá, 2000.

MARTINEZ. F. “Hygeia no es Panacea Condiciones para dialogar sobre cobertura de la Seguridad Social en Salud”. REVISTA SALUD PÚBLICA. Universidad Nacional de Colombia. vol.4 no.2 Bogotá May/Aug. 2002.

MARTÍNEZ MARTIN, Y GIRALDO. “Financiación y Segmentación del Sistema General en Salud”. Bogotá. Maestría en Salud Pública. Universidad Santo Tomas. 2011.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. República de Colombia. “Evaluación y propuesta de ajuste a la operación del Régimen Subsidiado Colombiano, y acuerdo 415 de 2009” Bogotá 2009

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Exposición de motivos del Proyecto de Ley “Por el cual s redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud se dictan otras disposiciones” Alejandro Gaviria Uribe Ministro de Salud y Protección Social Publicación página web: abril/ 2013.
<https://www.minsalud.gov.co/Documents/Ley%20Reforma%20a%20la%20Salud/Exposicion-Motivos-%20Proyecto-leyredefinicion-sistema-General-SeguridadSocial-Salud%20pdf.pdf>

LEY 100 de 1993. Capítulo VI. Régimen Subsidiado. Editorial Leyer. Bogotá. 1995.

GIRALDO, GIRALDO. C. “Protección o Desprotección Social”. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Ediciones Desde Abajo. 2007.

GIRALDO, GIRALDO. C. “Rescate de lo Público”. Revista Villa Libre • Cuadernos de estudios sociales urbanos • Número 2 – 2008.

MARTÍNEZ MARTIN, y Giraldo. “Financiación y Segmentación del Sistema General en Salud”. Bogotá. Universidad Santo Tomas. 2011.

TÉLLEZ PEDROZA. M. “Reconstrucción Histórica del Proceso de Creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia”. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Maestría en Salud Pública. Tesis de grado. 2011.

SANTA MARÍA. M. “El sector salud en Colombia: impacto del SGSSS después de más de una década de reforma” FEDESARROLLO. 2007.

RINCON, PERFETTI. G. H. "El plan Obligatorio de Salud y el Sistema Colombiano de Seguridad Social" Revista. Actualidad Laboral y Seguridad Social. LEGIS. Número 123. Mayo – Junio de 2004.

USECHE, ALDANA. B. "En Colombia es necesario y factible un modelo de Salud sin aseguramiento". REVISTA DESLINDE. Número 55. Mayo – Junio 2014.