

La Financiación del Actual Sistema de Salud y su Relación con la Gobernabilidad

Jairo Céspedes Camacho

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de
Maestría en Gobernabilidad y Democracia**

Universidad Santo Tomás, Bogotá

División de Ciencias Humanas

Facultad de Derecho

2014

Contenido

	pág.
Introducción	6
Gobernabilidad y Salud.....	9
Presupuestos Básicos	11
La Constitución Política de 1991	11
Ley 100 de 1993 “Sistema de Seguridad Social Integral”	12
Actores Estratégicos.....	20
Organismos de Dirección, Vigilancia y Control.....	20
Organismos de Administración y Financiación	22
Otros Actores Estratégicos.....	23
Reflexión sobre el papel de los actores estratégicos con la gobernabilidad	25
La Economía Colombiana y la Salud.....	27
El Modelo Económico	28
Reflexión.....	29
Crecimiento Económico.....	29
Presupuesto Nacional y Transferencias	31
Desempleo – Informalidad.....	34
Financiación Pari-Passu	37
Afiliados al Sistema General de Salud Régimen Contributivo - Régimen Subsidiado – Régimen Especial.....	38
Costos Financieros del Sector Salud.....	40
Tutelas	43
Recobros y deudas FOSYGA	45
Deudas con las IPS’S	48
UPC – Unidad de Pago por Capitación.....	49
Corte Constitucional y Salud	54
Sentencia T-760 de 2008 (31 de julio). El derecho a la salud es derecho fundamental	56
Sentencia C-313 de 2014 (mayo 29).....	59
Reflexión.....	61

Conclusiones	62
Pacto de Gobernabilidad: Una solución a la problemática	64
Referencias Bibliográficas	66

Lista de Tablas

	pág.
Tabla 1. <i>Crecimiento Económico</i>	30
Tabla 2. <i>Desempleo</i>	34
Tabla 3. <i>Tasa de desempleo de dos dígitos en América Latina para 2002 y 2009 vs. Tasas de crecimiento promedio para ese periodo</i>	36
Tabla 4. <i>Deuda de la Nación a pesos constantes del 2008</i>	38
Tabla 5. <i>Afiliados Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado</i>	39
Tabla 6. <i>Afiliados Régimen Excepción</i>	40
Tabla 7. <i>Participación de las Tutelas en Salud Periodo 2013</i>	43
Tabla 8. <i>Derechos invocados en la tutela, período 2012-2013</i>	43
Tabla 9. <i>Recobros FOSYGA (millones de pesos)</i>	46
Tabla 10. <i>Deudas del Sistema a la IPS (Millones de Pesos)</i>	48
Tabla 11. <i>UPC para financiar el POS 2013</i>	50
Tabla 12. <i>Valor Unificación POS y Cobertura Universal 2013</i>	51
Tabla 13. <i>Déficit Financiero del Sistema a 2009</i>	51

Lista de Figuras

	pág.
<i>Figura 1.</i> Flujo de recursos del régimen subsidiado	19
<i>Figura 2.</i> Crecimiento Económico	30
<i>Figura 3.</i> Evolución de las transferencias intergubernamentales 2002 – 2009	32
<i>Figura 4.</i> Desempleo	34
<i>Figura 5.</i> Recobros FOSYGA	47

Introducción

La Constitución Política de 1991 definió dentro del marco de Estado Social una serie de derechos fundamentales que en análisis doctrinales y académicos fueron considerados como de primera, segunda, tercera y hasta de cuarta generación; para diferenciar los derechos consagrados en el Título II de la C.P. (Capítulo I, de los derechos fundamentales, artículos 11 a 41; Capítulo II, de los derechos sociales, económicos y culturales; artículos 42 a 77; y los del Capítulo III; de los derechos colectivos y del ambiente, artículos 78 a 82). Con el desarrollo y aplicación de la nueva Constitución Política y específicamente por decisiones reiteradas de la Corte Constitucional; y hoy la ley estatutaria de la salud, los derechos sociales; económicos y culturales que contienen y expresan el derecho a la seguridad social y la atención en salud, dejaron de ser considerados como derechos de carácter prestacional para adquirir definitivamente la naturaleza de derecho fundamental. Fue la ley 100 de 1993 quien desarrolló el marco normativo que con algunas modificaciones hoy nos rige la que precisó la atención en salud como servicio público de carácter obligatorio a cargo del Estado.

Desde el mismo momento en que el derecho a la salud dejó de ser considerado como un derecho prestacional para convertirse en un derecho fundamental; la acción de tutela se especializó como el mecanismo judicial expedito para facilitar que los ciudadanos tengan acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud sin limitaciones; rebasando ampliamente el plan de beneficios (POS, Plan Obligatorio de Salud), definidos en la ley 100 de 1993; el cual inicialmente diferenciaba entre personas vinculadas al régimen contributivo, subsidiado y pobres no asegurados, en términos de aportes o contribución al sostenimiento del sistema. Esto último no es de poca monta por cuánto la UPC (Unidad de Pago por Capitación), valor económico que el Estado (FOSYGA) paga a cada aseguradora (EPS) por la prestación de servicios y que hasta el 2012 era diferente según el régimen; cobra importancia especial en términos de financiación del sistema con la unificación del plan de beneficios (POS igual para todos) y cobertura universal.

Las decisiones de la Corte Constitucional modificaron radicalmente las relaciones “contractuales” definidas entre el Estado (Ministerio de Salud – FOSYGA) y las EPS’S (Empresas Promotoras de Salud), por cuánto al POS se le incluyó el NO-POS y con ello se estableció un modelo de atención en salud sin exclusiones (sin límites) que impactó de manera

abrupta las finanzas del sistema por la creciente espiral de cobros NO-POS al FOSYGA y porque puso al descubierto las debilidades del sistema creado en cuanto a su financiación y viabilidad en el tiempo, rectoría, regulación, inspección, vigilancia y control por parte del Estado (Ministerio de Salud y Superintendencia Nacional de Salud).

Los “males” de carácter financiero que hoy afronta el sistema de salud no son causados únicamente por decisiones judiciales. Es necesario abordarlos desde una amplia perspectiva que incluye conocer y entender el complejo sistema creado en la Ley 100 de 1993. En primer término se rompió con un esquema de salud pública casi de beneficencia; se ignoró por completo la historia de salud de los colombianos en términos de cargas de enfermedad y perfil epidemiológico; se pasó por alto la ineficiencia, burocratismo y corrupción de la mayoría de hospitales públicos; se soslayó un tema trascendente como el de las relaciones médico-paciente, que antes de la ley 100 de 1993 eran en altísimo porcentaje de carácter privado y en donde el médico fijaba las condiciones en términos de honorarios, clínicas, medicamentos y otros actores necesarios intervinientes (anestesiólogos, enfermeras, logística y hotelería hospitalaria, etc.), sin estar condicionados por unos protocolos y tarifas hoy establecidas por las EPS’S; se desconoció la inmensa capacidad de “Lobby” ó cabildo de actores estratégicos de la industria farmacéutica y dispositivos médicos; se desconoció que el aumento exponencial de recursos públicos para salud; permitiría crear organizaciones privadas algunas soportadas solamente en el ánimo de lucro y sin ninguna responsabilidad social y deficiente control estatal; se fue ingenuo al soportar la financiación del sistema y su sostenibilidad en el tiempo en la solidez de la economía y su permanente capacidad de generar empleos que vía contribución apalancara la financiación del sistema a través de la solidaridad; se “ocultó” la inmensa debilidad institucional del ejecutivo y de los órganos encargados de la rectoría y control del sistema y especialmente se desconoció que la nueva Constitución Política creó la Corte Constitucional como un nuevo órgano judicial autónomo e independiente con capacidad para desarrollar y aplicar los postulados del Estado Social de Derecho y la acción de tutela como mecanismo ágil para que los ciudadanos puedan hacer efectivo el derecho a la salud.

La profunda crisis del actual sistema de salud es la resultante de la coexistencia de muchos factores y situaciones algunas descritas anteriormente y en especial por la compleja situación de orden social, política, económica y ambiental que vive Colombia y que presiona a los ciudadanos a reclamar más y mejores condiciones de salud y bienestar; sin obtener respuestas

favorables por parte del Estado. Cualquier análisis de la crisis del actual Sistema de Seguridad Social en Salud así sea solo sobre su viabilidad financiera presente y futura obliga a tocar y recoger situaciones y entornos más allá de los netamente económicos.

La pretensión de este documento se centra en analizar la crisis del actual Sistema de Salud en su financiación y su relación con la gobernabilidad. Para ello se ha planteado el siguiente problema: ¿La inviabilidad financiera del actual Sistema de Seguridad Social en Salud, será factor determinante en la gobernabilidad de Colombia?

Dar respuesta a este interrogante implica repasar la ley 100 de 1993 en sus aspectos esenciales y conocer la estructura financiera del sistema creado; apreciar el modelo económico colombiano en el tiempo a partir de unas variables macroeconómicas; entender el sistema general de participaciones; conocer las cifras en términos de deudas del Estado (FOSYGA) con los prestadores de servicios de salud; precisar el alcance de las decisiones de la Corte Constitucional específicamente desde la Sentencia T-760 de 2008; la cual puso en evidencia la crisis financiera y la debilidad institucional del sector salud; apreciar la magnitud de las tutelas relacionadas con salud; analizar los órganos y actores estratégicos que tienen decisión sobre el sector salud y como es lógico “precisar” el concepto de gobernabilidad que se aplica en el documento, el cual resulta de carácter “obligatorio” y el cual se abordará en el acápite inicial.

Gobernabilidad y Salud

No es de la esencia del documento participar de la controversia sobre el concepto inacabado de gobernabilidad; aunque si es necesario precisar su contenido por cuánto resulta indispensable para relacionarlo con el actual sistema de seguridad social en salud, específicamente desde su viabilidad financiera.

Lo primero que puede afirmarse es que la noción de gobernabilidad es de tradición americana; para diferenciarlo del concepto de gobernanza de origen europeo. Los expertos conocidos como “la Comisión Trilateral” acuñaron por primera vez el término “*governability*” en 1975 para referirse a la crisis de las democracias occidentales (*The Crisis of Democracy, Report on the Governability of Democracies to the Trilateral Commission*, New York, University Press, 1975).

Es a partir de este documento que se abrió el debate sobre el particular; encontrándose como aspectos de coincidencia general por académicos y tratadistas que la gobernabilidad debía ser concebida y estudiada como la capacidad de los regímenes políticos para cumplir sus objetivos y perdurar en el tiempo. Del texto del informe se puede recoger “el exceso de democracia provocaba una demanda imposible de satisfacer, constituyéndose dicha sobrecarga en insoportable para la democracia” (Crozier, et. al, p. 147). La gobernabilidad en el contexto de este informe puede leerse entonces como la capacidad de las instituciones públicas para atender las demandas y desafíos del entorno social; haciendo viable su existencia en el tiempo. Los tres expertos de la comisión trilateral entregaron las conclusiones referidas a la democracia occidental y para países capitalistas dentro de un contexto de crisis financiera e incremento de exigencias sociales y con severos reparos a la eficiencia del sector público. Este informe se ubica en la crisis del estado de bienestar, la crisis del petróleo y la necesidad de ampliar las fronteras para reducir costos laborales (globalización).

Como inferencia este análisis se puede aplicar a Colombia; la cual desde 1991 se debate por la implantación y desarrollo del Estado Social de Derecho (estado de bienestar); afronta una situación social crítica (conflicto armado, desplazamiento, inseguridad en las ciudades y creciente desigualdad) y comienza a sentir la vigencia de los tratados de libre comercio (TLC). Desde el espíritu del informe de la comisión trilateral; preciso el concepto de gobernabilidad para el documento, como; la capacidad del sistema político para definir políticas que conduzcan a

resolver las necesidades básicas de la población y/o asegurar que sus insatisfacciones y conflictos se puedan tramitar de modo pacífico.

La anterior definición también implica el incorporar los valiosos aportes y conceptos de los tratadistas analizados en la maestría y profesores invitados. Está igualmente soportada en la Constitución Política de Colombia específicamente en los postulados del Estado Social de Derecho, el derecho a la salud como servicio público a cargo del Estado y la obligación de priorizar el gasto público en la solución de las necesidades básicas insatisfechas y en donde saneamiento básico y la salud están en primer plano.

El concepto de sistema político es muy general y abarca “no solamente la organización constitucional de los gobernantes, sino también otros actores y otros procesos tales como por ejemplo, el régimen de partidos, las libertades públicas y los medios de comunicación...” (Vargas, 2008). Sobre políticas públicas, Vargas (2008), ofrece una amplia versión sobre el tema y se entiende como un conjunto de sucesivas iniciativas y decisiones para resolver o manejar situaciones socialmente problemáticas. La política pública es el Estado en acción.

Toda política pública está ligada a una financiación en la mayoría de los casos de carácter público y por tanto está soportada en un sistema económico y social. En el caso colombiano y desarrollando los postulados del Estado Social de Derecho; la ley 100 de 1993 creó el sistema de seguridad social en salud y lo definió como un servicio público de carácter universal a cargo del Estado y precisó el esquema de financiación; soportándolo especialmente en las cotizaciones del régimen contributivo (empleados) a partir de una economía que tendrá la capacidad de generar más empleos.

Las políticas públicas sobre el sistema de seguridad social en salud se construyen a partir del pacto político de 1991 y fue allí donde se concertaron, transaron y entraron en juego intereses diversos incluidos los de los gobiernos de turno, actores privados y necesariamente los de la sociedad civil (ciudadanía).

Relacionar la gobernabilidad planteada con el actual sistema de seguridad social en salud implica recorrer los mandatos esenciales de la ley 100 de 1993, precisar los actores estratégicos tanto públicos como privados y necesariamente profundizar en el sistema económico que hoy nos rige.

Presupuestos Básicos

La Constitución Política de 1991

El acuerdo político plasmado en la actual constitución introdujo profundos cambios en la concepción del Estado y en especial en la relación de este con los ciudadanos. La definición de Estado Social de derecho como soporte de la estructura política constitucional respecto a los derechos fundamentales y dentro de ellos los derechos sociales y económicos; interpretados y aplicados inicialmente como derechos prestacionales y posteriormente como en el caso de la salud interpretados y decididos por la Corte Constitucional como un derecho fundamental de primer orden con nexos ligados a la vida, y la dignidad, a la personalidad y a la libertad; estableció grandes retos al ejecutivo y planteó en serio el debate no resuelto del alcance en términos de las responsabilidades del “*Estado Social de Derecho*”, frente al cumplimiento efectivo de los derechos sociales, económicos, culturales y ambientales. En este escenario y para este documento es necesario puntualizar que frente al derecho de la salud; la Corte Constitucional después de abundantes y variadas sentencias, ha tomado decisiones de fondo; que algunos califican como de abierta injerencia en las competencias del ejecutivo y legislativo; pero que obligan so pena de desacato a garantizar los servicios de salud sin limitaciones ni consideraciones económicas a todos los colombianos. La sentencia bandera en este campo es la T-760 de 2008 que será analizada más adelante. En la actualización de este documento se vuelve necesario incluir la sentencia C-313 de 2014.

El seguimiento especial que la Corte Constitucional estableció para el efectivo cumplimiento de esta sentencia obliga al Ejecutivo y a otros órganos como la Procuraduría y la Contraloría General de la República a rendir informes periódicos. Esta decisión igualmente presionó al Ejecutivo y Legislativo para consolidar legalmente el derecho a la salud como un derecho fundamental (véase Ley Estatutaria de la Salud, Sentencia C-313 de 2014).

A partir de la aplicación de esta decisión judicial se evidencia de manera más clara la profunda crisis del sector de la salud; que tiene como efecto visible más importante la preocupación por la sostenibilidad financiera del sistema. Es por ello, que se recaba en la necesidad de hacer visibles las definiciones básicas, principios y supuestos sobre el cual se construyó el actual sistema de seguridad social en salud más conocido como la Ley 100 de 1993.

Ley 100 de 1993 “Sistema de Seguridad Social Integral”

Esta Ley desarrolló los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, los cuales señalan su marco conceptual y norte así:

- La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio e irrenunciable.
- La eficiencia, universalidad y la solidaridad como principios rectores del sistema para lograr equidad.
- La seguridad social se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado.
- Le corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud. Se garantiza a todos el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.
- La inspección, vigilancia y control a cargo del Estado
- La aplicación progresiva de la seguridad social. (ver art. 48 y 49 C.P).

En resumen el sistema de seguridad social integral; creado en la Ley 100 de 1993; tiene por objeto:

- Garantizar derechos irrenunciables
- Comprende las obligaciones del Estado, la sociedad y las instituciones.
- Los recursos destinados a garantizar los servicios de salud, cobertura de prestaciones de carácter económico y servicios complementarios. (Art. 1º Ley 100 de 1993).
- Dentro del análisis que se propone, es necesario resaltar como la Ley 100 de 1993 desde el preámbulo y en sus principios generales no solo recoge los lineamientos constitucionales sino que precisa en la garantía de derechos irrenunciables, las obligaciones del Estado, del gobierno, la sociedad, las instituciones, la familia y la persona y los recursos para garantizar la prestación de los servicios de salud.

Puntualizando en las disposiciones de la ley se observa cómo en el artículo 153, se establecen reglas para el servicio público de la salud y dentro de ellas; define la equidad (art. 153.1): precisando en los aspectos de financiamiento y progresividad en la cobertura independientemente de la capacidad de pago y haciendo énfasis en los más pobres y vulnerables.

Es preciso resaltar las definiciones del artículo 154, sobre intervención del Estado que apuntan a lograr los fines del Estado Social de Derecho especialmente de los artículos 48, 49, 334, 365 a 370 de la Constitución Política.

El artículo 157; es esencial para este análisis por cuánto define sobre los afiliados y vinculados al Sistema de Salud. Se resalta lo siguiente: *“todo colombiano participará en el servicio esencial de salud”*. *“A partir del año 2000, todo colombiano deberá estar vinculado al sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado”*. Más adelante el artículo 162 de la Ley 100 de 1993; establece el régimen de transición desde la expedición de la Ley hasta el año 2001 y en donde precisa la unificación del plan de beneficios o POS (Plan Obligatorio de Salud) del régimen contributivo y subsidiado.

Estas situaciones son claves para los propósitos del documento por cuánto es a partir de este año (2001); cuándo el ejecutivo reconoce la incapacidad para dar cumplimiento a estos mandatos constitucionales y legales argumentando razones de carácter fiscal y logrando su aplazamiento hasta el año 2010. Es en esta década donde se dan todo tipo de situaciones, incluyendo el choque de trenes entre las Cortes y el Gobierno, pasando por la aprobación de actos legislativos que modificaron la participación de las entidades territoriales en los ingresos corrientes de la Nación para llegar al actual sistema general de participación (SGP) y por ende reducir los recursos que las entidades territoriales destinan al financiamiento de la salud; la modificación de la Ley 100/93, expresadas en las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011; la sentencia de la Corte Constitucional T-760 de 2008; hasta el gran escándalo del “robo de los recursos de la salud” en el primer gobierno de Santos y teniendo como caso emblemático la intervención de las más grande EPS “SALUDCOOP”; son ejemplos claros de la crisis.

Estructura Financiera del Sistema de Seguridad Social en Salud

Es necesario dentro del contexto de este trabajo y por ser de la esencia del mismo conocer la arquitectura financiera del sistema de seguridad social en salud y las fuentes de financiación que definió la Ley 100/93; ya que nos permitirán conocer cabalmente el sentido jurídico e histórico de los fallos de la Corte Constitucional.

Las decisiones sobre procedimientos NO POS y los consecuentes recobros al FOSYGA y sobre unificación de planes de beneficios entre el régimen contributivo y subsidiado son la parte más visible y de gran impacto en la viabilidad financiera del actual sistema de salud.

Lo primero que se puede afirmar al analizar los aspectos económicos del sistema de salud; es que la Ley 100 de 1993 presupuestó ingresos para un escenario económico de crecimiento y nivel de empleo optimistas.

La financiación del sistema de seguridad social en salud es compleja no solo por los supuestos que contiene sino por todo el entramado de fuentes; procesos e instituciones que involucra. Para el documento es básico; citar las más relevantes; que serán el soporte para las conclusiones.

El artículo 2 de la Ley 100 de 1993 cuando define el principio de solidaridad establece lo siguiente: “los recursos provenientes del erario público en el sistema de seguridad social en salud se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerable”.

El artículo 153 al establecer las reglas sobre el servicio público de salud y en desarrollo del principio de equidad, se pronuncia en igual sentido. El artículo 154 cuándo precisa sobre la intervención del Estado en el numeral h; establece: “*garantizar la asignación prioritaria del gasto público para el servicio público de seguridad social en salud, como parte del gasto público social*”.

El artículo 156 precisa las características básicas del sistema; en el numeral b) puntualiza: “*todos los habitantes de Colombia deberán estar afiliados al sistema de seguridad social en salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales*”. En el numeral j) de este mismo artículo 156 se lee:

...con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al sistema en condiciones equitativas, *“existirá un régimen subsidiado para los más pobres y vulnerables que se financiarán con aportes fiscales de la Nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el Fondo de Solidaridad y Garantía y recursos de los afiliados en la medida de su capacidad”*.

En el numeral n) se dice:

Las entidades territoriales con cargo a los fondos seccionales y locales de salud cumplirán de acuerdo con la Ley 60 de 1993 y las disposiciones de la presente Ley, la financiación al subsidio a la demanda allí dispuesta y en los términos previstos en la presente ley.

De la lectura de estos artículos se puede concluir como el legislador plasmó y desarrolló los postulados del Estado social de derecho frente al gasto público social y atención prioritaria de los más pobres y vulnerables y a su vez estableció fuentes y mecanismos de financiación para el régimen subsidiado. Este es un punto crucial por cuánto a partir del año 2000 y por definición de políticas públicas se comenzaron a cambiar a través de normas (acto legislativo 001 de 2001 y Ley 715 de 2001) los contenidos de los artículos 356 y 357 de la carta constitucional que definían la participación de las entidades territoriales en los ingresos corrientes de la Nación, desarrolladas por la Ley 60 de 1993 que eran la base de la financiación de la salud. Hoy existe el sistema de general participaciones (SGP) con reglas y condiciones desfavorables en cuanto a recursos para el sector social de la salud previstos en la Ley 100 de 1993. Aquí comienza a establecerse el déficit en la financiación del sistema de salud. Este es un tema fundamental que junto a las decisiones de la Corte Constitucional, crecimiento de la economía, desempleo e informalidad y falta de rectoría, dirección, incumplimiento de la Nación y vigilancia del sistema completan el actual escenario de profunda crisis financiera del sistema.

Para entender más claramente el tema económico y financiero del sector salud; es necesario avanzar en el camino de la Ley 100 de 1993. El artículo 157 sobre afiliados al sistema, establece:

A partir de la sanción de la presente ley todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permita el sistema general social en salud. Unos lo harán en condición de afiliados al régimen contributivo ó subsidiado y otros lo harán como vinculados.

Más adelante el artículo precisa aspectos esenciales que es necesario conocer para entender las sentencias y mandatos de la Corte Constitucional. “*A partir del año 2000 todo colombiano deberá estar vinculado al sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud*”. El artículo 162 complementa y precisa lo anterior cuándo habla del Plan Obligatorio de Salud conocido como POS. “*El Sistema de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001*”; párrafo 2:

Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán actualizados por el Consejo Nacional en Salud, de acuerdo a los cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema

Aquí aparece referenciada una institución como lo es el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud ente rector de la política en salud y cuyas funciones establecidas en el artículo 172 de la Ley 100 de 1993; en lo que respecta eran: Definir el plan obligatorio de salud, definir la UPC (Unidad de Pago por Capitación), y definir el valor por beneficiario del régimen subsidiado. Este Consejo desaparece como órgano principal en la dirección del sistema a partir de la entrada en vigencia de la Ley 1122 de 2007. Se crea la CRES (Comisión de Regulación en Salud). Hoy desaparece este órgano del sistema y se le entrega toda la responsabilidad al Ministerio de Salud (Decreto 2560 de 2012). Es necesario advertir en este caso sobre la improvisación y transitoriedad de políticas públicas que crearon órganos como el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y luego la Comisión de Regulación en Salud; que tenían como misión el definir el Plan Obligatorio de Salud (POS) y determinar la UPC (Unidad de Pago por Capitación); que es el único referente económico existente para el sistema.

Por último, el artículo 182 de la Ley 100 de 1993; ordena:

Por la organización y garantías de la prestación de los servicios de salud incluidos en el plan obligatorio de salud para cada afiliado, el sistema general de seguridad social en salud reconocerá a cada entidad promotora de salud un valor por cápita que se denominará Unidad de Pago por Capitación- UPC. Esta unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo en los estudios técnicos del Ministerio de Salud

El párrafo 2 del artículo 172 establece: *“El valor de la UPC, serán revisados por lo menos una vez al año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal”*.

En términos de análisis económicos del sistema salud es necesario precisar que la UPC (Unidad de Pago por Capitación) es la que establece el equilibrio financiero del sistema de salud. Esta UPC es la que se reconoce a las EPS por el POS Contributivo; pero es referencia en términos del plan de beneficios para definir el valor que se paga por beneficiario del régimen subsidiado. También debe expresarse en este aparte el término NO-POS; que es la referencia de los procedimientos, medicamentos, tecnologías y servicios no incluidos en el POS y que por decisiones de la Corte Constitucional se deben prestar por las EPS, IPS'S, ESE'S y recobrar al FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía) administrador financiero del sistema. Los recobros al FOSYGA, han aumentado de forma exponencial en los últimos años y han sido el detonante principal para evidenciar la crisis financiera del sistema de salud. Más adelante se precisarán cifras sobre el particular.

A manera de síntesis de este acápite; se puede precisar lo siguiente sobre la financiación del Sistema de Seguridad Social en Salud:

- Al año 2000 existía la obligación de todo colombiano estar afiliado al sistema de seguridad social en salud.

- Con fundamento en este aseguramiento universal, todos los colombianos debían estar en cualquiera de estas situaciones; afiliado al régimen contributivo y/o subsidiado ó del régimen de excepción.

- La financiación para cubrir los planes obligatorios de salud tendrían las siguientes fuentes: presupuesto nacional, presupuesto de las entidades territoriales (transferencias, recursos propios, rentas específicas y rentas cedidas, etc.), recursos parafiscales (cajas de compensación familiar) y por el lado contributivo; pago de cotizaciones, administrado por el FOSYGA más cuotas moderadoras y copagos.

- La UPC es el valor que se reconoce a las EPS'S por la prestación integral de los servicios de salud (incluye procedimientos, medicamentos, tecnología, hotelería y administración). La define hoy la CRES (Comisión de Regulación en Salud) y debe ser actualizado anualmente.

En realidad que sucedió:

- Al año 2000 no se llegó a cobertura universal y está por mandato de la Ley 1122 de 2007 se aplazó hasta el año 2010. Tampoco se logró esta cobertura universal.

- Hoy los vinculados (pobres no asegurados), o clase media están en el limbo social y por la asistencia de salud las entidades territoriales y las IPS públicas especialmente acumulan un gran déficit.

- Las fuentes de financiación previstas en la Ley 100 de 1993 y desarrolladas por la Ley 60 de 1993 se modificaron de manera radical en contra especialmente de las entidades territoriales y por tanto disminuyeron los recursos para la atención básica de vinculados, de unificación del POS subsidiado con el POS contributivo y de aumento de cobertura. (acto legislativo 01 de 2001 y Ley 715 de 2001)

- La crisis del FOSYGA por los recobros de NO POS y la compleja y costosa red para el flujo de recursos del régimen subsidiado trasladan la crisis a las IPS públicas y privadas, proveedores y contratistas del Sistema. A manera de síntesis gráfica se tiene lo siguiente sobre el flujo de recursos del régimen subsidiado:



Figura 1. Flujo de recursos del régimen subsidiado

Fuente: Autor

- La Corte Constitucional con base en las definiciones constitucionales y legales que se han analizado, como de los incumplimientos del gobierno y órganos competentes, tomó decisiones de fondo que tienen incidencia fiscal y que no han sido resueltas por el ejecutivo. Las decisiones de más impacto económico son la unificación del plan de beneficios para afiliados al régimen contributivo y subsidiado, la exigencia de cobertura universal y los recobros al FOSYGA por el NO – POS.

Sin tocar aun los actores relevantes del sistema de seguridad social en salud y el análisis de la economía colombiana; cada una de estas situaciones analizadas contribuye de manera significativa a la crisis financiera del actual sistema de salud.

Actores Estratégicos

La importancia de este acápite radica en que el complejo Sistema de Seguridad Social creado en la Ley 100 de 1993, introdujo un gran número de actores tanto públicos como privados con competencias y funciones que inciden en las finanzas del sistema. Igualmente en el contexto de gobernabilidad del sistema que se está analizando; es necesario incluirlos y precisar el papel trascendente especialmente de los que tienen que ver con la rectoría, dirección, administración, vigilancia, inspección y control. La existencia y participación de estos actores estratégicos ha sido definitiva dentro del sistema y por tanto son coparticipes de la actual situación en que se encuentra el sector Salud.

Para continuar utilizando el marco normativo contenido en la ley 100 de 1993; se resalta los mandatos contenidos en el artículo 8 (Ley 100 de 1993); sobre la conformación del sistema “el Sistema de Seguridad Social en Salud es el conjunto armonioso de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos”. Más adelante el artículo 155 de la ley 100 de 1993, precisa los integrantes (actores) del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los trascendentes para el documento, son:

Organismos de Dirección, Vigilancia y Control

a) Ministerio de Salud. Es el órgano principal del sistema y como vocero del gobierno tiene la rectoría, dirección, regulación, control y vigilancia del sistema. Dentro del análisis es necesario precisar que en el año 2002, el Ministerio de Salud se fusionó con el Ministerio de Trabajo y a partir del año 2011, nuevamente aparece como Ministerio exclusivo para la salud (Ley 1444 de 2011, art. 9). En términos de gobernabilidad del sistema es el actor estratégico principal y por lo tanto sus decisiones e intervenciones impactan sobre el mismo. Diferentes actores académicos, políticos y sociales han lanzado críticas sobre su responsabilidad en la crisis de la salud. La Corte Constitucional ha sido la más contundente en este campo, y por ello, en el análisis que se efectuará a la Sentencia T-760 de 2008; y en los términos de viabilidad financiera del sistema se precisará el papel del Ministerio.

b) **Superintendencia Nacional de Salud.** Es el órgano principal de inspección, vigilancia y control del nivel central del sistema. Su intervención incluye al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA); Empresas Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y todo el sector salud de las entidades territoriales. Creada por la Ley 100 de 1993; sus competencias han sido ampliadas por diferentes normas (véase Decreto 1280 de 2002, reglamentario de la Ley 715 de 2001 (art. 211); la Ley 1122 de 2007 otorgó funciones judiciales y a través de la Ley 1438 de 2011 se le reforzaron sus competencias. Junto al Ministerio de Salud y por ser los órganos nacionales de resorte del Ejecutivo (gobierno), son los voceros más decisivos y responsables en la definición y aplicación de políticas públicas como las relacionadas.

Como anotación frente a organismos de dirección es pertinente señalar que la ley 100 de 1993; creó el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como organismo de dirección del Sistema (art. 170, Ley 100 de 1993) y sus funciones principales eran el definir el Plan Obligatorio de Salud (POS); definir el valor de la UPC (Unidad de Pago por Capitación) y establecer los medicamentos esenciales y genéricos contenidos en el Plan Obligatorio de Salud. Por mandato de la Ley 1122 de 2007 (art. 3); este órgano fue reemplazado por la Comisión de Regulación en Salud (CRES) con las mismas competencias. Con la expedición de la Ley 1444 de 2011 y Decreto 2560 de 2012 desaparece este órgano técnico-científico y todas sus competencias quedan en cabeza del Ministerio de Salud. Se resalta cómo las políticas públicas en términos de dirección y vigilancia del sistema con incidencia directa en las finanzas del sistema han sido establecidas para dar soluciones de carácter coyuntural y no como respuestas de fondo. En el año 2001 con el Acto Legislativo 01 y la expedición de la Ley 715 de 2001; se rompió el pacto de 1991 y se modificó de manera radical la participación de los entes territoriales en los ingresos corrientes de la Nación (Ley 60 de 1993); para entrar en el Sistema General de Participaciones (SGP), que nos rige. Esta disminución cuantiosa de recursos es la responsable en gran medida de la crisis de la salud pública en las entidades territoriales. En acápite especial se analizan los resultados de esta decisión para las finanzas del sistema y los fiscos de las entidades territoriales que continuaron con las competencias establecidas en términos de respuestas a las necesidades básicas insatisfechas en salud.

Organismos de Administración y Financiación

a) Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud. Son los encargados de dirigir, coordinar, administrar y vigilar el Sistema de Seguridad Social en Salud a nivel territorial. Deben garantizar la función social del Estado en salud y concurrir con su financiación así como hacer eficiente la prestación de los servicios de salud.

Como puede verse las entidades territoriales tienen cuatro (4) competencias básicas en salud; dirigir, vigilar, financiar y prestar servicios de salud. Esta multiplicidad de competencias y funciones las deben cumplir por mandato legal so pena de sanciones, investigaciones y recortes a los recursos. Estas políticas públicas han llevado a profundizar la crisis de la salud en los entes territoriales.

b) Empresas Promotoras de Salud (EPS). Tienen a su cargo la afiliación, la administración de los recursos de la UPC y la prestación de los servicios de salud. Están obligadas a suministrar el Plan Obligatorio de Salud (POS) en los términos reglamentados. Hoy por mandato de la Corte Constitucional están también obligados a prestar los servicios NO POS y recobrar al FOSYGA.

Es el actor más cuestionado y polémico que existe en el sistema. El caso SALUDCOOP es el más emblemático, más no el único sobre la forma como se administran los recursos de la salud. En los términos de este documento, se resalta que por la obligación de prestar el NO POS; las finanzas del sistema manejado por el FOSYGA colapsaron y los despachos judiciales se atiborraron de tutelas como mecanismo expedito para poder recobrar estos procedimientos, medicamentos e insumos. Al amparo de estos recobros se han descubierto casos de corrupción alarmantes, pero el interés real para el documento está en resaltar las cuantiosas sumas que se adeuda a las EPS, hospitales públicos y privados (IPS) y entidades territoriales.

c) Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Encargado del recaudo de cotizaciones del régimen contributivo; administrar los recursos fiscales del presupuesto nacional y rentas nacionales específicas. Como misión fundamental es el órgano encargado de garantizar la solidez financiera del sistema. El análisis de las finanzas del FOSYGA y las deudas impagadas muestran, por sí solas, la crisis del sistema en términos económicos y sin tener en cuenta otros

escenarios como el de cobertura universal, igualdad en los planes de beneficios y hoy con la decisión legal de la ley estatutaria de prestación de servicios de salud sin limitaciones ni consideraciones de carácter fiscal. Este actor es clave dentro del funcionamiento del sistema y las cifras más impactantes se verán más adelante.

Otros Actores Estratégicos

Por la importancia que tiene, en términos de decisión, capacidad de cabildeo e intereses que defender (actores privados), y cuyo carácter es esencialmente económico, es relevante consignar su existencia por cuantos tienen que ver con las finanzas del sistema y por ende de la gobernabilidad.

a. Actores Públicos

- **Procuraduría General de la Nación.** Sus competencias como vocero de los intereses de la sociedad y vigilante de la efectividad de los derechos humanos están definidos en los artículos 275 a 284 de la Constitución Política. Su papel en la vigilancia de la gestión de recursos públicos le ha permitido tomar decisiones en el campo disciplinario especialmente en llamado “escándalo de salud”. La Corte Constitucional a través de la sentencia T-760 de 2008 la obliga a presentar periódicamente informes sobre el seguimiento a estas decisiones.

- **Contraloría General de la República.** Es el órgano de control fiscal de la administración y de los particulares ó entidades que manejen fondos ó bienes públicos. Ha logrado evidenciar algunas fallas en los recobros al FOSYGA; pero no ha logrado precisar fiscalmente la naturaleza y aplicación de los recursos públicos de la salud y entregar cifras sobre recobros y precios de medicamentos en otras competencias. En términos de la sentencia T-760 de 2008 es un actor estratégico en la gobernabilidad del sector salud.

- **Fiscalía General de la Nación.** Las informaciones y decisiones de la Procuraduría General y Contraloría de la República presionan a este ente judicial de investigación penal. Es

actor fundamental y sus decisiones hoy inexistentes sobre “el escándalo de la salud”, generan controversia adicional sobre la gobernabilidad del sector.

b. Actores Privados

Es necesario resaltar los que tienen mayor incidencia dentro de la gobernabilidad del sector; algunos de los cuales fueron entronizados al sistema por la Ley 100 de 1993 y otros logran su importancia por la representación gremial y capacidad de cabildeo en defensa de sus intereses.

- **ACEMI.** Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral. Organización gremial de las EPS’S del régimen contributivo. Ha tenido una amplia participación y vocería en todas las decisiones sobre el sector especialmente los de carácter económico en la definición de la UPC.

- **ACHC.** Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Es la organización que agrupa las más reconocidas y estratégicas clínicas privadas. Ha participado activamente en todo lo relacionado con el sistema y especialmente en los contenidos del POS y la formación de precios. Representa una tendencia que promueve la atención integral y calidad sin consideraciones económicas.

- **ANDI.** Asociación Nacional de Empresarios. Es el órgano gremial mas importante de Colombia. Dentro de su estructura tiene establecidos órganos como las Cámaras Farmacéuticas, de dispositivos médicos e insumos para la salud. Hasta la existencia del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, fue actor legal decisorio en las políticas públicas sobre el sector.

- **Industria farmacéutica (ASINFAR – AFIDRO).** La primera representa la industria nacional y la segunda los intereses de las multinacionales. Han sido decisorios en la definición de nuevas tecnologías e insumos para la salud y de la conformación de los precios de medicamentos. El último debate público resaltado ampliamente por todos los medios de comunicación sobre medicamentos biotecnológicos es una muestra representativa de su misión.

Es claro que solo defienden los intereses económicos de sus representados con argumentos disimiles y a veces nacionalistas pero distan mucho de promover y buscar la salud de los colombianos y la viabilidad financiera del sistema.

- **Profesionales de la salud.** Con asiento dentro del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y actores técnicos reconocidos dentro del sistema, representan los intereses de los profesionales especializados del sector. La Academia Nacional de Medicina, la Federación Médica Colombiana y la Asociación Colombiana de Especialistas son las organizaciones más representativas y actantes. Han sido duros críticos del sistema y opositores con altibajos de la Ley 100 de 1993. Temas como la autonomía médica, responsabilidad, ética médica, incentivos y dádivas por parte de laboratorios e industria son ya recogidas por la Ley 1438 de 2011 y estatutaria de salud. Estos asuntos que se soslayan continuamente por el gobierno, la industria farmacéutica, los profesionales de la salud, tienen alta incidencia en la prescripción de medicamentos de última generación y de biotecnológicos, los cuales representan un alto porcentaje en los recobros al FOSYGA.

Reflexión sobre el papel de los actores estratégicos con la gobernabilidad

- Por mandato de la Ley 100 de 1993 se creó un sistema de salud con alta participación de actores públicos y privados que por la naturaleza e intereses que defienden no lograron actuar armónicamente. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud era un órgano colegiado y complejo en su administración y decisiones.

- La rectoría y dirección del sistema en cabeza del Ministerio de Salud no ha logrado articular a este variopinto número de actores entre otras por su fragilidad institucional, evidenciadas al sufrir continuas transformaciones sumadas a los cambios de gobierno y políticas públicas sobre el sector (Ley 60 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011 y Ley Estatutaria de la Salud).

- Los actores privados (ACEMI E INDUSTRIA FARMACEUTICA) organizados desde 1993; han tenido continuidad en la defensa de sus intereses económicos y una reconocida capacidad de cabildeo frente al gobierno nacional y congreso de la república.

- Las organizaciones que representan a las clínicas y hospitales privados y a los profesionales de la salud, rehúyen el debate de fondo sobre la relación con la industria farmacéutica y dispositivos médicos. La Ley 1438 de 2011 y hoy la estatutaria de la salud tocan este aspecto, el cual en términos de costos y financiación del sector resulta trascendente (véase Ley 1438 de 2011 artículos 105 y 106 y estatutaria de la salud, artículo 17).

- Las entidades territoriales y las direcciones territoriales de salud por su dispersión y cambios de gobierno que cada vez les entregan más competencias y menos recursos no pesan dentro de las decisiones sobre políticas públicas para el sector.

La Economía Colombiana y la Salud

Dentro de este aparte del documento se analizarán los factores económicos que tienen incidencia directa en la financiación del sistema de salud.

La complejidad anotada del sistema general de seguridad social en salud; necesariamente involucra los temas económicos, sociales y políticos que tienen que ver con toda la economía colombiana. La arquitectura financiera del sistema se construyó sobre la base unos supuestos y comportamientos especialmente sobre crecimiento sostenido de la economía, generación de empleos formales, articulación y funcionamiento armonioso de los actores del sistema y una rectoría, dirección y vigilancia cumpliendo y haciendo efectivos los principios de eficiencia, eficacia, equidad, calidad, progresividad y universalización, sostenibilidad y participación social.

En la realidad el escenario optimista planteado no se cumplió producto de variadas circunstancias y situaciones que tocan directamente con el gobierno, el Congreso de la República, globalización de la economía, conflicto armado interno y corrupción; se puede en síntesis afirmar, producto del régimen político y social imperante.

Cada gobierno sucedido desde 1991 a la fecha ha planteado y desarrollado políticas públicas apuntando a resolver temas críticos o coyunturales como el déficit fiscal, sistema de pensiones, infraestructura básica para la competitividad, gasto militar para la seguridad democrática o financiar proyectos populistas como el de familias en acción y últimamente la construcción de 100.000 viviendas gratis, la restitución de tierras y pagos a víctimas del conflicto armado en medio de una negociación con las FARC.

Por tanto no es posible profundizar en el análisis de la crisis financiera del sistema de salud sin referenciar brevemente las características del modelo económico y social vigente; presentar algunas estadísticas sobre variables macroeconómicas claves como crecimiento y empleo y precisar información relevante sobre afiliados al sistema, transferencias, deudas de la Nación al sistema, deuda entre otros actores y tutelas sobre salud.

El Modelo Económico

El abordaje del modelo económico colombiano puede efectuarse desde variadas ópticas, para este documento he optado por la visión que Eduardo Sarmiento Palacio ha reflejado en dos obras: Transformación Productiva y Equidad y la recesión mundial. (Sarmiento, 2009).

Dentro de las ideas más importantes de su obra y que resalto frente al modelo económico imperante; están:

- El desarrollo colombiano se busca en el modelo de inversión extranjera. Creando incentivos a la inversión, ampliando las reservas de utilidades y el regreso a los contratos de exploración de petróleo compartiendo riesgos.
- La entrada masiva de capitales y de ingreso de divisas provoca la revaluación del peso colombiano. La revaluación genera elevación del precio de las acciones y esta a su vez crea una burbuja financiera especulativa que produce inestabilidad.
- La revaluación induce a las empresas a sustituir insumos y materias primas nacionales por importadas. Esto genera un desplazamiento de la mano de obra y eleva ficticiamente la productividad que no genera demanda para sostenerla. Se evidencian tasas de crecimiento elevadas sin incidencia en la ocupación.
- El modelo especulativo, deprime los salarios, eleva la rentabilidad del capital y hace el sistema estructuralmente dependiente e inestable.
- La globalización de la economía ha configurado un modelo de crecimiento cuyo principal motor es la revaluación de activos. La elevación del crecimiento se logra a cambio de asumir grandes riesgos.
- El dinamismo se logra con una estructura altamente inequitativa.
- El mito del equilibrio fiscal ha permeado todas las reformas y políticas públicas. El déficit fiscal y mayores ingresos para el nivel central ha llevado a profundizar el modelo privatizador.
- Los resultados de este modelo se reflejan en pocas cifras. En el periodo 1999-2009 el producto nacional creció a la tasa más baja del siglo, la distribución del ingreso se deterioró y se encuentra entre las más desiguales e inequitativas del mundo y el desempleo ya endémico se mueve entre el 10 y el 12%.

Reflexión

Este modelo económico basado fundamentalmente en la extracción de recursos no renovables (explotación minero-energética) para la exportación; la importación de productos manufacturados que deprime la industria nacional y deteriora aún más el empleo formal y la profundización en políticas populistas como la de incrementar subsidios a familias en acción y generar incentivos como los de vivienda gratis para las familias pobres; crean el escenario ideal para la informalidad y con ello la contradicción entre el modelo de empleo creciente y mayoritariamente cotizando al sistema de salud planteado en la Ley 100/93 y la realidad de hoy con un desempleo de dos dígitos, una informalidad que supera el 50% y un crecimiento en los afiliados al régimen subsidiado. Estos aspectos que se tocarán más adelante muestran otra faceta de la crisis financiera del sistema de salud y en especial la debilidad creciente del FOSYGA que debe cubrir y soportar financieramente al Sistema.

Crecimiento Económico

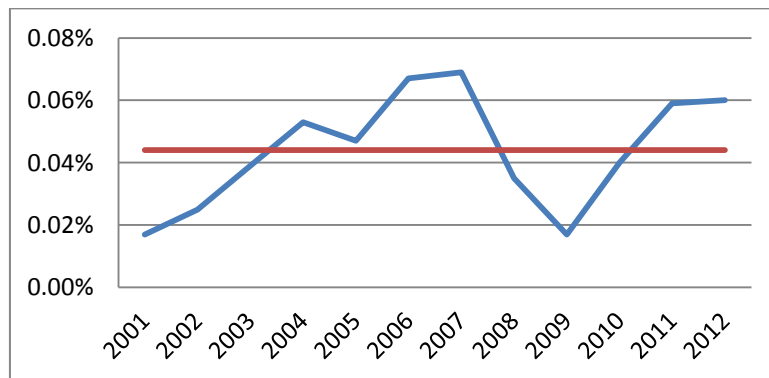
El crecimiento sostenido de la economía es una variable clave para determinar políticas públicas. En los anales del Congreso de la República se encuentran la exposición de motivos y los argumentos del gobierno Gaviria para soportar la propuesta consagrada en la Ley 100 de 1993, la cual fue finalmente acogida por el Congreso de la República. En ella se establecía que la economía colombiana crecería a un ritmo sostenido en promedio del 5% anual para lograr con ello un aumento sostenido del nivel de empleo formal y las cotizaciones al sistema de salud contributivo y al fondo de solidaridad para fundear el régimen subsidiado. En resumen la hipótesis básica para la sostenibilidad del sistema se da si existen 2/3 partes de personas afiliadas al régimen contributivo y contribuyendo y 1/3 al régimen subsidiado.

Colombia en la última década creció a un promedio del 4.4% (Ver tabla 1 y Gráfica 1). Es clave dentro de los ciclos económicos analizar la estabilidad de esta variable por cuánto si existen altibajos bruscos; el desarrollo alcanzado en los años de crecimiento se pierde abruptamente en el decrecimiento y después hay que recuperar el terreno perdido.

Tabla 1*Crecimiento Económico*

Año	Crecimiento
2001	1.70%
2002	2.50%
2003	3.90%
2004	5.30%
2005	4.70%
2006	6.70%
2007	6.90%
2008	3.50%
2009	1.70%
2010	4%
2011	5.90%
2012	6%
Promedio	4.40%

Fuente: Autor, con base en datos del DANE

**Figura 2. Crecimiento Económico**

Fuente: Elaboración propia con base en datos del DANE

En esta tabla se puede observar como a partir de un crecimiento del 1.7% en el 2001 se llegó al 5.3%, en el 2004 y luego de unas leves caída al 4.7% en el 2005, se alcanzó 6.7% y 6.90% en los dos siguientes. Para el 2008 y coincidiendo con la crisis mundial (recesión) Colombia bajó en su crecimiento al 3.5% y descendió al 1.7% en el 2009. La relación de estas cifras con esta investigación nos muestra claramente como Colombia no ha podido mantener un

crecimiento promedio cercano al 5% y por el contrario los cambios bruscos en la curva del crecimiento; llevan a pérdidas de empleos formales y la presión para obtener seguro de salud por el régimen subsidiado y por obvias razones el desbalance en los ingresos que financian la salud.

Como anticipo a las conclusiones de este capítulo, se puede precisar que la vigencia del actual modelo económico y las cifras del crecimiento económico evidencian un panorama gris en los próximos años visto desde la óptica de los recursos para financiar la salud vía más empleo formal por el crecimiento de la economía nacional.

Presupuesto Nacional y Transferencias

Dentro de las fuentes de financiación del sistema de salud; las llamadas participaciones de las entidades territoriales en los ingresos corrientes de la Nación y el situado fiscal (artículos 356 y 357 C.P) eran la base económica para que los municipios, distritos y departamentos, administraran, prestaran y vigilaran los servicios de salud en los términos de la Ley 100 de 1993. La Ley 60 de 1993 desarrolló los mandatos constitucionales de estos artículos 356 y 357 y buscó consolidar el derecho de la descentralización fiscal.

El pacto fiscal de 1991 se eliminó de manera inconsulta por el gobierno nacional y el congreso de la república; para dar paso al hoy llamado sistema general de participaciones (SGP) mediante el acto legislativo 001 de 2001 y la Ley 715 de 2001 que remplazó la Ley 60 de 1993.

El gran impacto negativo en las finanzas del sistema se comenzó a evidenciar desde ese mismo momento y es por ello que la crisis del sistema de salud y su viabilidad financiera toca directamente con estas políticas públicas que solo buscaban reducir el déficit fiscal e incrementar los ingresos del nivel central.

La Contraloría General de la República a través de varios estudios ha advertido sobre esta grave situación que impacta negativamente sobre las finanzas del sistema.

En la medida en que las transferencias o las entidades territoriales estaban ligadas a los ingresos corrientes de la Nación, el Gobierno Nacional siempre alegó que este mecanismo de liquidación generaba pereza fiscal en las unidades subnacionales; mal uso en su manejo, además de ser una de las principales causas del resultado fiscal deficitario del gobierno nacional, el cual no podría cerrarse vía mayores

ingresos tributarios pues toda nueva reforma fiscal que buscará incrementar el recaudo con llevaba un incremento del gasto vía las transferencias intergubernamentales (Espitia, 2010).

La contundencia de esta aseveración de la Contraloría General de la República, no deja duda alguna de cómo el pacto político de 1991, plasmado en la nueva Constitución comenzaba a ser incumplido por el nivel central en la parte más sensible como es la descentralización fiscal. La participación de las entidades territoriales en los ingresos corrientes de la Nación es el aspecto básico que permite realmente que las autoridades regionales y locales asuman las competencias entregadas y de paso comenzar a resolver los grandes desbalances en el desarrollo territorial en el campo económico, social y cultural. Desde la óptica del sector salud es claro que al modificarse la estructura de la participación de los entes territoriales en los ingresos corrientes de la Nación, los departamentos y municipios contarían con menos recursos para financiarla y para asumir los altos costos que implica atender a los millones de campesinos desplazados y víctimas. Si a esto se le suma el alto impacto financiero de la atención y el manejo en gestión del riesgo y todos los costos asociados a esta crítica situación, es fácil concluir cómo el proceso de re-centralización en el campo fiscal iniciado en el 2001 tiene consecuencias graves para la financiación de la salud. Más adelante, al observar la evolución de las transferencias de la Nación se manifiesta la crudeza de esta realidad.

En la Figura 2; evolución de las transferencias intergubernamentales 2002-2009 (% del PIB) se puede apreciar la diferencia en la liquidación de estos recursos. Es tan clara y contundente esta situación que no amerita análisis más allá de evidenciar la “perversidad” del nivel central y la ingenuidad o desamparo de las entidades territoriales.

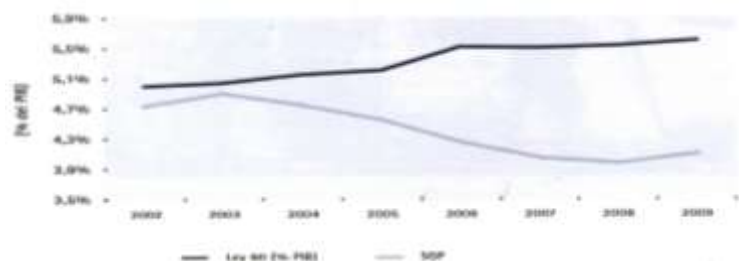


Figura 3. Evolución de las transferencias intergubernamentales 2002 – 2009

Fuente: Contraloría General de la República (2010). Publicación Economía Colombiana. Bogotá, D.C., p. 11

Para hacer más clara y precisa esta situación y ahorrarnos comentarios adicionales, transcribo uno de los apartes del estudio que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, realizó en el 2011 y que se denomina monitoreo, seguimiento y control del uso de los recursos del sistema general de participaciones (Espitia, J.E., 2010).

...Sin embargo el esquema establecido en los inicios de la década de los noventa produjo a partir del año 1995 un desbalance fiscal en las finanzas territoriales alcanzando su punto más álgido y preocupante en 1999. El déficit de los gobiernos territoriales pasó de 0.3% del PIB al 0.6% del PIB en 1999, el del gobierno central pasó del 1.0% del PIB al 6.8% del PIB en el mismo periodo (Irequi & Saavedra 2001)

Dicha situación generó diversos debates sobre las causas del deterioro fiscal y se criticó fuertemente el proceso de descentralización adelantado hasta el momento.

Más adelante se lee...

Estos cambios en la situación económica tanto en el gobierno nacional como en las entidades subnacionales obligaron a una modificación de la Constitución Política de 1991, con el propósito de estabilizar el monto de las transferencias, estableciendo un crecimiento máximo de las mismas y marco legal para su asignación (Bonet, 2004)

Dentro del mismo documento y cuándo se refiere el sector salud el MHCP, precisa:

Después de varios años de operación del sistema se presentaron dificultades en el sostenimiento financiero y el acceso a los servicios de salud; entre otros aspectos, por la interacción de los diferentes actores con intereses específicos, una dirección del sector con diversidad de normatividad y un sistema de inspección, vigilancia y control no apto para las condiciones del sistema

En documentos oficiales del ministerio de hacienda esto es plena prueba frente a la crisis financiera del sector salud.

Desempleo – Informalidad

El Banco de la República en el año 2012 presentó un estudio dirigido por Luis Armando Galvis; en donde se recopila información sobre desempleo e informalidad. (Ver tabla 2 y Figura 3).

Tabla 2

Desempleo

Año	Desempleo
2001	14.97
2002	15.65
2003	14.15
2004	13.60
2005	11.75
2006	12.03
2007	11.17
2008	11.27
2009	12.00
2010	11.76
2011	10.80

Fuente: Elaboracion del autor con base en la gran encuesta integrada de hogares. DANE

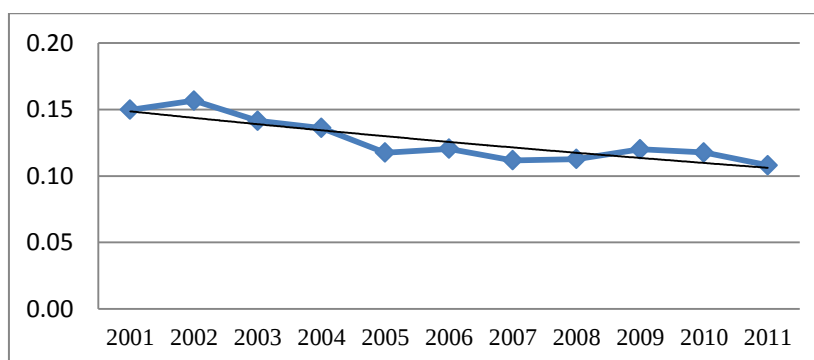


Figura 4. Desempleo

Fuente: Elaboracion del autor con base en la gran encuesta integrada de hogares. DANE

En términos del estudio es necesario precisar que los informarles son principalmente individuos de bajos ingresos, trabajen mayoritariamente en establecimientos de menor tamaño, con bajo o ningún nivel educativo y no cotizan a la seguridad social. Esto trae necesariamente la presión para que estas personas busquen y obtengan el seguro de salud a través del régimen subsidiado, configurando el desbalance en la ecuación financiera que soporta el sistema de salud; cual es que las 2/3 partes de la población debe cotizar para que el gobierno y la solidaridad del contributivo financien el resto de población.

Como análisis se puede precisar lo siguiente:

La informalidad URBANA analizada desde cualquier óptica supera el 50% de la población en edad de trabajar.

- El desempleo en Colombia en promedio está en el 11.5%. A diciembre del año pasado el índice de desempleo rozó un dígito; pero para febrero de 2012 ya había superado los 11 puntos. (DANE)

- El crecimiento económico no se refleja en el aumento del empleo formal.

En el mismo contexto, pero con la óptica de la Procuraduría General de la Nación, en asocio con el USAID y la ONG de-Justicia; quienes en el documento “TRABAJO DIGNO Y DECENTE EN COLOMBIA. Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas”; expresan sus conclusiones sobre la tasa de desempleo en América Latina Vs las tasas de crecimiento para ese período.

Tabla 3

Tasa de desempleo de dos dígitos en América Latina para 2002 y 2009 vs. Tasas de crecimiento promedio para ese periodo

	TD 2002	TD 2009	Tasa de crecimiento promedio 2002-2009
ARGENTINA	19.7	8.7	5.13
BRASIL	11.7	8.1	3.59
COLOMBIA	17.6	13	4.19
PANAMA	16.5	7.9	6.88
PARAGUAY	14.7	8.2	2.99
REP. DOMINICANA	16.1	14.9	5.09
URUGUAY	17.0	7.7	4.44
VENEZUELA	15.9	7.8	3.94

Fuente: Cálculos propios con base en datos de CEPAL (2011; Anexo estadístico. Tomado del Libro Trabajo digno y decente en Colombia, Procuraduría General de la Nación, Página 191.

Entre las conclusiones que se pueden inferir de este interesante documento y que se comparten cabalmente están.

- En Colombia el esquema de financiamiento de seguridad social está estrechamente ligado a la relación trabajo por cuánto las cotizaciones al sistema de los trabajadores formales y las empresas permitirán que solo 1/3 de la población sea subsidiada por otras fuentes; especialmente el presupuesto nacional.

- Uno de los factores a los que se les asigna importancia fundamental para explicar los altos niveles de desempleo e informalidad en la economía colombiana son las características del régimen laboral colombiano. Esto se explica por las contribuciones parafiscales que elevan los costos para los empresarios y de otro por los llamados “incentivos perversos”, expresados en los subsidios cada día más crecientes (familias en acción, viviendas gratis, unificación del plan de beneficios en salud, universalización de cobertura)

- Todos los países de América Latina con excepción de Colombia y República Dominicana, lograron reducir las tasas de desempleo a niveles inferiores al 9% en 2009.

- El crecimiento económico que se presentó en Colombia fue insuficiente para reducir el nivel promedio de desempleo. Aparte de no crear empleos suficientes y formarles, el crecimiento de la economía colombiana genera principalmente puestos de trabajo precarios.

Y lo que se considera más importante frente a las pretensiones del documento es:

- La falta de generación de empleo formal ha obligado al Estado a incluir un amplio porcentaje de colombianos en el régimen subsidiado, financiándolos con recursos provenientes del presupuesto general.

Algunos analistas consideran que el crecimiento del régimen subsidiado se ha convertido en una barrera a la entrada al mercado laboral formal; entre otras razones porque los favorecidos pierden los beneficios o subsidios, (incentivos perversos).

Financiación Pari-Passu

Es un mecanismo de financiación creado por la Ley 100/93 para fortalecer el Fondo Solidaridad y Garantía – FOSYGA – subcuenta régimen subsidiado. Consistía en que por cada peso que aportará el régimen contributivo por solidaridad, el gobierno nacional debía aportar otro peso durante los años 1994, 1995 y 1996 (artículos 218 a 221 Ley 100 de 1993).

A través de la Ley 344 de 1996 (art. 34) el punto del “Pari-Passu” del gobierno se redujo hasta medio punto en 1997 y a un cuarto de punto en 1998. Posteriormente a través de la Ley 715 de 2001 el gobierno buscó allanar esta situación para el financiamiento del régimen subsidiado. En ambas ocasiones la Corte Constitucional declaró inexecutable los apartes de las normas que regulaban el nuevo “Pari-Passu”

De acuerdo al estudio realizado por la Procuraduría General de la Nación, con la agencia de Estados Unidos para el desarrollo internacional (USAID) y el centro de proyectos para el desarrollo (CENDEX) y plasmado en el documento “FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas”; se puede observar como la deuda acumulada de la Nación con el sistema de salud sobrepasa los 6 billones de pesos, “una cantidad imposible de asumir” (ver tabla 4)

Tabla 4*Deuda de la Nación a pesos constantes del 2008*

Año	Recaudo punto de cotización	Aporte de la Nación	Aporte real recaudado	Pago deuda vigencias anterior	Diferencia por reconocer al Fosyga	Valor actualizado
1997	254.357,87	254.357,87	-		254.357,87	669.327,42
1998	310.107,54	310.107,54	133.371,00		176.736,54	395.200,17
1999	384.051,63	384.051,63	500,00		383.551,63	734.926,22
2000	386.316,53	386.316,53	4.846,80		381.469,73	669.172,46
2001	500.676,23	500.676,23	90.554,40		410.121,83	661.548,38
2002	515.947,02	515.947,02	-		515.947,02	773.107,33
2003	590.453,21	590.453,21	119.308,69		471.144,53	659.850,65
2004	618.149,51	618.149,51	131.979,87		486.169,64	639.396,87
2005	768.645,46	768.645,46	140.819,14		627.826,32	782.653,85
2006	818.504,25	818.504,25	263.904,73		554.599,52	565.114,87
2007				71.785,00		(71.785,00)
2008				377.188,06		(377.188,06)
						(6.101.325,17)

Fuente: Estimaciones Dirección General de Financiamiento. Tomado del Libro Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Procuraduría General de la Nación, p. 28.

Aquí nuevamente es claro, cómo la Nación no cumplió con sus compromisos y llevó a la Corte Constitucional a tomar decisiones, obligándola a “honrar” sus deberes con el sistema y a pagar \$531.314 millones de pesos en 1997. (Corte Constitucional, 1997)

No se requieren más comentarios, solo resaltar que la deuda de la Nación con el sistema supera los 6 billones de pesos.

Afiliados al Sistema General de Salud Régimen Contributivo - Régimen Subsidiado – Régimen Especial

Establecido que el soporte financiero básico de la seguridad social se logra vía empleos formales y con ello la cotización al sistema, es necesario analizar el comportamiento de la

vinculación de los colombianos a la salud. Previo a ello es necesario hacer las siguientes precisiones: I) La idea original de la Ley 100 de 1993 era que las 2/3 partes de la población estuvieran vinculados al régimen contributivo (Sergio C y Torrente C., 2008), y II) El sistema general de protección social (incluye subsidios y afiliación al régimen subsidiado) está consolidado como un sistema focalizado en los más pobres con acceso restringido a quienes tienen un contrato de trabajo. Esto genera incentivos para que las personas rechacen ofertas de trabajo por temor a perder los beneficios de la informalidad (incentivos perversos). Procuraduría General de la Nación. Trabajo digno y decente.

En la tabla 5, se puede observar que la participación porcentual de afiliados del régimen contributivo y subsidiado del año 2002 al año 2009; cambió radicalmente. Del 53% de afiliados al régimen contributivo en el 2002; se pasó en el 2009 al 43%; se redujo en 10 puntos porcentuales. Este mismo porcentaje lo evidencia la participación del régimen subsidiado que pasó del 47% en el 2002 al 57% en el 2009.

Tabla 5

Afiliados Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado

AÑO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	% CONTRIBUTIVO	% SUBSIDIADO	TOTAL AFILIADOS
2002	13.165.463	11.444.003	53	47	24.609.466
2003	13.805.201	11.867.947	54	46	25.673.148
2004	14.857.250	15.553.474	49	51	30.410.724
2005	15.533.582	18.581.410	46	54	34.114.992
2006	16.029.505	20.107.223	44	56	36.136.728
2007	17.006.391	21.606.812	44	56	38.613.202
2008	17.234.265	23.601.000	42	58	40.835.265
2009	17.780.000	23.928.628	43	57	41.708.628

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

El régimen de excepción incrementó su participación del 2002 al 2009 en un 43% con 957.668 nuevos afiliados. La incidencia económica de este régimen en el sistema de salud es neutra; por lo que no amerita nuevos comentarios.

Tabla 6*Afiliados Régimen Excepción*

AÑO	AFILIADOS
2002	1.264.458
2006	1.910.361
2009	2.222.126

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Si nos atenemos a las cifras de población proyectadas por el DANE, se puede observar que para el 2009; la población total colombiana era de aproximadamente 45 millones de personas; de las cuales el 53,3% estaba afiliada al régimen subsidiado, el 39,5% en el régimen contributivo, el 4.9% en los regímenes de excepción y 1.069.246 (un millón sesenta y nueve mil doscientos cuarenta y seis) colombianos o sea el 2.3% como pobres no asegurados. Estos últimos que son en esencia los que figuran en el nivel III del SISBEN o pobres no asegurados o desde el punto de vista socio-económico, de los estratos de 2 a 3 ó clase media; acceden a los servicios de salud de la red hospitalaria pública a cargo de los entes territoriales.

Costos Financieros del Sector Salud

Con los datos oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social (2013), se pueden analizar las cifras financieras del sector salud actualizada, así:

- El total del gasto público en salud para el año 2004 fue de 13'2 billones de pesos; para el año 2011 fue de 25'4 billones. Esto implica una tasa de crecimiento de 9.8% en términos reales.
- El gasto del régimen subsidiado aumenta progresivamente su participación al pasar del 23.2% en el 2004 al 31.7% en el 2011.
- La población calculada por el DANE para Colombia en diciembre de 2013; era de 47'121.089 personas; de los cuales estaban afiliados al régimen contributivo 20'692.000; es decir 26'429.089 eran del régimen subsidiado, de excepción o pobres no asegurados. Según el Ministerio de Salud de este total 22.710.496 personas estaban en base de datos del régimen subsidiado; 385.687 personas eran del régimen de excepción. Como conclusión existían

43.184.496 colombianos con seguro de salud y 3.815.504 personas en la condición de pobres no asegurados (clase media). La obligación del Estado en términos legales exigibles por la Corte Constitucional era la de lograr la cobertura universal.

- En términos de costos para el sistema de salud; esto implicaría que con un valor de la UPC; establecida por el Ministerio de Salud para el régimen subsidiado en el 2014 de \$531.388,80 (quinientos treinta y un mil trescientos ochenta y ocho pesos con 80/100 m/cte.); el Estado para otorgar cobertura a estos pobres no asegurados, debería arbitrar recursos adicionales por más dos billones pesos.

Dentro del entorno que se está analizando de la economía colombiana y los supuestos establecidos en la Ley 100 de 1993 para financiar el sistema de salud y lograr su viabilidad financiera; se tenía que las 2/3 partes de los colombianos deberían estar en el régimen contributivo y así apalancar con solidaridad el régimen subsidiado.

La realidad estadística y económica del sistema con cifras oficiales del Ministerio de Salud; muestra lo siguiente: para el año 2000 el 35.22% de la población estaba afiliado al régimen contributivo, este porcentaje pasó al 47.76% en el año 2013. La población afiliada en el año 2000 en el régimen subsidiado era el 23.60% y pasó en el año 2013 al 48.11%.

Desde el mismo texto de los informes del Ministerio de Salud (2014), se tiene que la población total asegurada en el año 2000 era del 58.3%, pasando al 91.69 en el año 2013. Esto implica que existe todavía un 8.31% de la población sin cobertura.

Sumando el porcentaje de afiliados del régimen subsidiado del año 2013 que eran 48.11% a los 8.31% de personas que se encuentran sin cobertura; se encuentra que el 56.42% de la población colombiana estaría financiada totalmente con recursos públicos.

Las reflexiones de éste acápite son las siguientes:

- Los supuestos establecidos en la Ley 100 de 1993; para financiar y dar sostenibilidad al sistema no se cumplieron. Por el contrario el 56.42% de la población debe ser financiada con recursos del Estado.
- Si a este panorama le sumamos la obligación de cobertura universal, unificación en los planes de beneficios para contributivo y subsidiado, igualdad de la UPC; el crecimiento del

gasto anual en salud financiada con recursos públicos será superior al 14.8% como se refleja en el 2013.

- Con la expedición de la Ley Estatutaria de la Salud y la sentencia condicionada de la Corte Constitucional (salud sin limitaciones) y el déficit fiscal de aproximadamente 15 billones de pesos en el presupuesto general de la nación para el año 2015; la situación financiera en el presupuesto del sistema es insostenible.

Tutelas

La judicialización de la salud ha sido un tema recurrente en los debates sobre el sistema. Es innegable que los colombianos cada vez reconocen más el derecho a la salud como fundamental y es por ello que han encontrado en este mecanismo judicial un camino expedito y eficaz para hacer valer sus derechos.

La Defensoría del Pueblo como parte del Ministerio Público, y en ejercicio de sus competencias ha realizado diversos estudios sobre el particular. Se toma del estudio realizado “la tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2013”, el análisis de las tutelas interpuestas en 2013, así como el registro de tutelas en Colombia, en los períodos 1992-2013 y 2012 – 2013 (Defensoría del Pueblo, 2013, p. 206).

Tabla 7
Participación de las Tutelas en Salud Periodo 2013

Año	Nº Tutelas	Crecimiento anual %	Nº de tutelas por cada 10.000 habitantes	Crecimiento anual %
1992	10.732		3,02	
1993	20.181	88,05	5,57	84,48
1994	26.715	32,38	7,25	30,03
1995	29.950	12,11	7,99	10,28
1996	31.248	4,33	8,21	2,70
1997	33.663	7,73	8,71	6,15
1998	38.248	13,62	9,76	12,03
1999	86.313	125,67	21,72	122,56
2000	131.764	52,66	32,70	50,52
2001	133.272	1,14	32,65	-0,14
2002	143.887	7,96	34,82	6,62
2003	149.439	3,86	35,71	2,57
2004	198.125	32,58	46,76	30,95
2005	224.270	13,20	52,59	11,82
2006	256.166	14,22	59,02	12,86
2007	283.637	10,72	64,57	9,41
2008	344.468	21,45	77,50	20,01
2009	370.640	7,60	82,41	6,34
2010	403.380	8,83	88,64	7,56
2011	405.359	0,49	88,04	-0,68
2012	424.400	4,70	91,13	3,51
2013	454.500	7,09	96,45	5,84
Total	4.200.357			

Fuente: Defensoría del Pueblo (2014). La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2013. Recuperado el 29 de octubre de 2014, de www.defensoria.org.co

Tabla 8*Derechos invocados en la tutela, período 2012-2013*

	2012		2013		Variación %
	Nº Tutelas	Part. en Tutelas %	Nº Tutelas	Part. en Tutelas %	
Petición	190.743	44,94	218.656	48,11	14,63
Salud	114.313	26,94	115.147	25,33	0,73
Otros derechos económicos, sociales y culturales	63.934	15,06	71.820	15,80	12,33
Vida digna y dignidad humana	59.142	13,94	61.611	13,56	4,17
Seguridad Social	53.537	12,61	50.073	11,02	-6,47
Debido proceso y defensa	52.353	12,34	49.813	10,96	-4,85
Vida	29.491	6,95	26.527	5,84	-10,05
Igualdad	19.390	4,57	17.253	3,80	-11,02
Trabajo	10.710	2,52	10.800	2,38	0,84
Libertad de enseñanza, educación, investigación	5.081	1,20	6.129	1,35	20,63
Intimidación, buen nombre y honra	3.807	0,90	3.814	0,84	0,18
Integridad física	3.903	0,92	3.251	0,72	-16,71
Protección al menor y mujer embarazada	2.913	0,69	1.578	0,35	-45,83
Personalidad jurídica	1.178	0,28	1.258	0,28	6,79
Derechos colectivos y del medio ambiente	1.022	0,24	1.145	0,25	12,04
Libertad individual	855	0,20	916	0,20	7,13
Libre desarrollo de la personalidad	500	0,12	554	0,12	10,80
Libertad de asociación	284	0,07	422	0,09	48,59
Libertad de expresión e información	352	0,08	204	0,04	-42,05
Libertad de locomoción	145	0,03	163	0,04	12,41
Derechos políticos	304	0,07	101	0,02	-66,78
Reparación e Indemnización	113	0,03	98	0,02	-13,27
Libertad de culto	36	0,01	51	0,01	41,67
Libertad de escoger profesión u oficio	31	0,01	50	0,01	61,29
Libertad de conciencia	15	0,00	35	0,01	133,33
Otros	339	0,08	748	0,16	120,65
Total Tutelas Interpuestas	424.400		454.500		7,1%

Fuente: Defensoría del Pueblo (2014). La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2013. Recuperado el 29 de octubre de 2014, de www.defensoria.org.co

Las conclusiones que destacamos son inferidas del documento que presenta la Defensoría del Pueblo:

- La tutela sigue siendo el mecanismo más efectivo utilizado por los colombianos para hacer valer sus derechos. Después del derecho de petición, el derecho a la salud sigue siendo el segundo con el 25.33% del total de tutelas.
- Las 115.147 tutelas interpuestas en el 2013 sobre salud; en números absolutos es la segunda cifra más alta desde el 2008. En este año la Corte Constitucional dictó la sentencia T-760 de 2008.
- La unificación del POS y el incremento de la UPC del contributivo en el 3.89% y la del subsidiado en el 17.37% no ayudaron a mejorar la atención en salud. Lo que antes se negaba por no estar en el POS especialmente subsidiado, ahora incluido, es negado por las EPS'S y las IPS por el no pago.
- Las tutelas contra los entes territoriales disminuyeron en 46.24% por la unificación del POS. Las tutelas contra las IPS (hospitales, clínicas y centros de salud) crecieron en 21.88%.
- Las solicitudes más frecuentes en las tutelas son las de tratamientos (26.18%), medicamentos (15.92%), citas médicas (11.47%), cirugías (9.41%), y prótesis e insumos médicos (9.06%). En este 63% está concentrado el mayor valor costo de la salud; reflejado especialmente en tratamientos, medicamentos y cirugías que representan el 51.5% del total. Aquí existe una relación directa entre costos, nuevas tecnologías y tutelas.
- Dentro del análisis de viabilidad financiera y gobernabilidad del sistema aparece la interacción de unos actores estratégicos y en términos de la Defensoría del Pueblo debilidad y dispersión en la rectoría y la vigilancia.

Recobros y deudas FOSYGA

Este es otro aspecto crucial que se debe analizar cuidadosamente en la crisis del sector salud.

Los cobros se producen esencialmente por los servicios NO POS decididos por tutela y/o a través de los comités técnico - científicos.

Generalmente se cree que las decisiones de la Corte Constitucional y de los jueces en particular son los causantes del crecimiento exponencial de los cobros al FOSYGA desde el año 2005. Es necesario recordar como en varias sentencias y en especial en la T-760 de 2008 la Corte Constitucional se pronunció de fondo sobre este particular e impartió órdenes a las cuales les está haciendo seguimiento. En la sentencia C-252 de 2010 que examinó y declaró inexecutable el decreto legislativo 4975 de 2007 que declaró el Estado de emergencia social en salud, la corte nuevamente se pronuncia de fondo y señala que *“es clarísimo que la omisión de servidores públicos en varios niveles está afectando la solidez financiera del sistema desde hace mucho en materia grave”* (Palacio, 2010).

En la figura 5 y la Tabla 10, se aprecian las cifras disponibles sobre este aspecto.

Tabla 9

Recobros FOSYGA (millones de pesos)

AÑO	Vr. RECOBRADO	Vr. PAGADO	DIFERENCIA
2005	265.185	119.170	146.015
2006	386.815	183.007	203.808
2007	972.999	562.184	410.815
2008	1.640.379	1.198.553	441.826
2009	2.410.400	1.814.914	595.486
2010	1.486.654	1.127.118	359.536
Diferencia			2.157.486

Fuente: FIDUFOSYGA - MPS

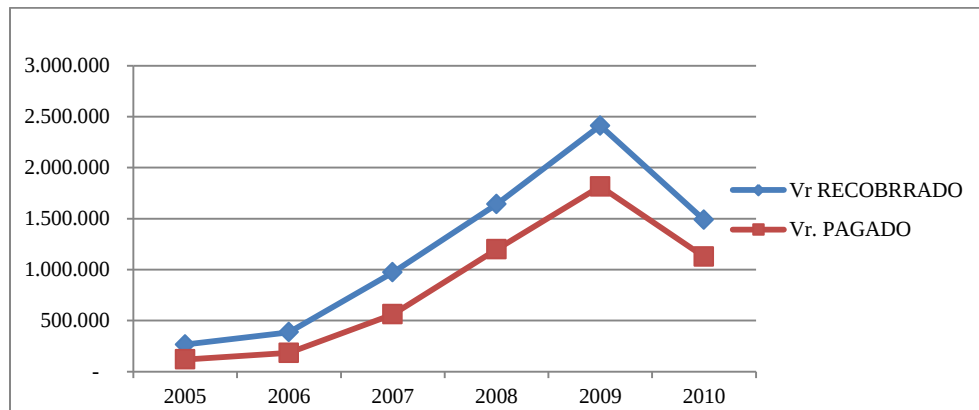


Figura 5. Recobros FOSYGA

Fuente: FIDUFOSYGA – MPS. Nota: los datos de 2010 son parciales (junio)

Las conclusiones que se pueden sacar de este acápite son:

- Tomando como referencia el año 2009 con respecto al 2008; los recobros se incrementaron en un 32%.
- La diferencia entre lo recobrado y lo pagado en este mismo año es del 25%. Este es el porcentaje de glosas y deudas que el FOSYGA va acumulando con los actores del sistema. (EPS'S – IPS'S – ESE'S).
- Es claro que además de las decisiones de la Corte Constitucional, el crecimiento exponencial de estos recobros obedecen a falta de rectoría, normatividad clara y coherente, deficientes sistemas de información, no actualización del POS por la CRES, falta de inspección, vigilancia y control, ineficiencia y corrupción.
- Frente a lo visto de las fuentes de financiación del sistema; también se puede concluir que en el gobierno existen dos visiones del problema diametralmente distintas por parte del Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Salud.

La deuda del FOSYGA por recobros asciende a más de 3 billones de pesos en cálculos optimistas. La Federación Médica Colombiana los calcula en más de 6 billones. Existe inmensa dificultad para acceder a información confiable sobre el particular.

Deudas con las IPS'S

La Asociación de Hospitales y Clínicas ACHC es una institución gremial que ha Estado activa en el sistema. Agrupa hospitales y clínicas privadas; tiene una publicación permanente – HOSPITALARIA- en donde hace visible su posición e intereses y además efectúa seguimiento a los temas más críticos del sector, entre ellos la situación financiera. De esta publicación No. 73, septiembre – octubre de 2010 se presenta el siguiente cuadro ilustrativo del flujo de recursos dentro del sistema, deudas y el impacto de los prestadores directos de los servicios de salud.

Tabla 10
Deudas del Sistema a la IPS (Millones de Pesos)

	a 30 días – CTA CTE	% - edad	de 31 a 60 días	% - edad	de 61 a 90 días	% - edad	más de 91 días	% - edad	TOTAL
A 30 de junio de 2009	1.221.951	34.2	206.373	5.8	361.641	8.9	1.831.156	51.2	3.576.121
A 30 de junio de 2010	1.640.583	42.2	352.570	9.1	251.453	6.5	1.635.682	42.2	3.880.468
Aumento Cartera 09-10 (10%)									304.347

Fuente: Publicación de Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (2010). Edición No. 73. Septiembre-octubre. p. 9.
Cuadro elaborado por el Estudiante

Es importante señalar que esta deuda consolidada solo representa una muestra (122) del sector privado en la prestación de servicios de salud, pero muy representativa nacionalmente por cuánto cubre a todo el país y recoge la información de las IPS más grandes, de mayor nivel de complejidad y de alto nivel científico y tecnológico.

Para solo expresar un indicador de carácter financiero, se señala que la cartera total consolidada a junio 30 del 2010; representa un 10% más sobre el total de la cartera a la misma fecha de 2009. Esto es relevante por cuánto para esta fecha ya se habían implementado estrategias y decisiones del MPS; se había decretado una emergencia económica en salud y existía alta sensibilidad sobre el tema de deudas pendientes y estaba en marcha las ordenes de la Corte Constitucional expresada a través de la sentencia T-760 de 2008. La cartera que es más riesgosa es la superior a 90 días porque además de la actividad administrativa y judicial extra que representa, impacta en los balances y estados financieros y debe ser castigada en algunos casos

afectando de manera grave la estabilidad y viabilidad de las IPS. Este tema que es recurrente en lo privado y público no ha sido suficientemente atendido y verificado por los responsables directos. La fragilidad en la existencia y funcionamiento de los prestadores afecta y atenta directamente con los usuarios especialmente con tratamientos especializados o con enfermedades crónicas ó de alto costo e impacta en la calidad, asunto crucial en temas de salud.

UPC – Unidad de Pago por Capitación

La Unidad de pago por capitación ya descrita, representa el equilibrio financiero del sistema de salud. En términos económicos se expresa el servicio básico del POS.

El artículo 182 de la Ley 100 de 1993; precisa el marco para que la CRES defina la UPC; así:

- Perfil epidemiológico de la población.
- Riesgos cubiertos
- Costos de prestación de los servicios en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería.
- Se incluye la administración, costos comerciales y financieros.
- En términos de perfil epidemiológico y como aspecto técnico y científico para definir la UPC; se toma del documento “Antecedentes y comparativos de la Ley 100 de 1993: Porque reformar la reforma”, del investigador Julio Mario Orozco A.; los lineamientos más representativos y que coinciden con la mayoría de estudios y analistas sobre el particular, así:

Contexto Epidemiológico Colombiano

- Coexistencia de enfermedades propias del trópico y/o de países subdesarrollados
- Enfermedades emergentes como el SIDA
- Enfermedades reemergentes como la lepra y la tuberculosis.
- Incremento de la violencia intrafamiliar
- Incremento de enfermedades mentales (entre otras causas por adición a sustancias psicoactivas)
- Carencia de agua potable y saneamiento básico

- Problemas cardiovasculares
- Insuficiencia renal crónica (IRC)
- Incremento de la obesidad especialmente en los niños

Si se suma a esto; todas las enfermedades producidas por el conflicto armado interno, desplazamiento, inestabilidad económica y desempleo, contaminación ambiental y auditiva por la congestión y tráfico, los problemas asociados a la coyuntura climática de las olas invernales con la secuela de deslizamientos, inundaciones y hacinamiento, el cuadro epidemiológico se amplía de manera considerable. Es un tema de gran envergadura técnica recoger todas estas características, llevarlas a un plan de beneficios (POS) y definirles un precio.

El Estado de salud o insalubridad es una consecuencia de múltiples variables biológicas, sociales, culturales, geográficas, económicas y depende desde el punto de vista general de la infraestructura sanitaria que tenga el Estado. *La mayoría de veces depende de variables incontrolables por el Estado*. *“La salud pública plantea necesidades infinitas y los recursos del Estado son irremediablemente finitos”*.

El propósito nacional entonces sería; el gran acuerdo sobre la salud y establecer un POS con limitaciones y exclusiones que permitan recoger el perfil epidemiológico preponderante hoy, con solidaridad hacia los más pobres y vulnerables y una UPC racional que cubra estos servicios. Es el *gran pacto de gobernabilidad por la salud* dentro del modelo actual.

Como el centro del documento está planteado además en términos económicos-, se esbozan algunas cifras gruesas desde la óptica de la UPC general definida para el 2012 por la CRES para el régimen contributivo y subsidiado y así conocer cuánto costaría en pesos de hoy; la cobertura universal y la unificación de los planes de beneficios con los contenidos del actual POS.

Tabla 11

UPC para financiar el POS 2013

Concepto	Valor UPC
Régimen Contributivo	\$593.978,40
Régimen Subsidiado	\$531.388,80
DIFERENCIA ENTRE UPC C/S	\$ 62.589.60

Fuente: Ministerio de Salud - FOSYGA

Tomando como base la población afiliada al régimen contributivo, régimen subsidiado y régimen de excepción al 2013 y la población proyectada DANE 2013 de 47.121.089 millones de colombianos, se tendría el siguiente escenario:

Tabla 12*Valor Unificación POS y Cobertura Universal 2013*

20.692.000	22.710.496	385.687	43.788.183
Total población proyectada 2013			47.121.089
Pobres no asegurados (clase media)			3.332.906
Diferencia entre la UPC contributivo y UPC subsidiada (upc-c\$593.978,40 – UPC-s \$531.388.80)			\$ 62.589,60
1. Valor unificación UPC contributivo y subsidiado (UPC-c \$22.710.496 x UPC-s \$62.589,60)			\$1.421.440.860.440
2. Valor cobertura universal (3.936.593 x 593.978,40)			\$1.979.674.173.230
TOTAL DEFICIT POR UNIFICACION POS Y COBERTURA UNIVERSAL			\$3.401.115.033.670

Fuente: Autor. Datos tomados de boletines elaborados por el DANE y el Ministerio de Salud.

Si a esta billonaria cifra se le suman los 6 billones de pesos adeudados por la Nación por Pari-Passu y las deudas del FOSYGA por recobros no pagados se tendría el siguiente panorama general:

Tabla 13*Déficit Financiero del Sistema a 2013*

RECURSOS	VALOR
Recursos adeudados Nación (Pari-Passu)	\$6.000.000.000.000
Recursos adeudados Fosyga	\$2.157.450.000.000
Recursos para unificación Pos 2013	\$1.979.674.173.230
Recursos para cobertura universal 2013	\$2.338.251.211.590
TOTAL	\$11.558.565.033.670

Fuente: Autor. Datos tomados del DANE, Ministerio de Salud y Protección Social, FOSYGA

Retomando cada uno de los factores de análisis, se tiene:

- Respecto al modelo económico colombiano; es claro que su énfasis en la explotación de recursos minero-energéticos sin adicionar mayor valor agregado, conduce al envilecimiento del empleo y genera espacios para el florecimiento de la informalidad.
- La relación entre empleo formal e informalidad superior al 50% refleja cabalmente la contradicción entre políticas públicas y desarticulación del ejecutivo. Por un lado se flexibiliza los costos labores con la exención de parafiscales y por otro se promueven y masifican incentivos y subsidios para vivienda gratis y familias en acción; teniendo como único referente la estratificación socioeconómico. La inversión en bienes públicos es escasa.
- La economía colombiana no ha logrado crecer en un promedio superior al 4.4% en una década. Los altibajos por las recurrentes crisis desaceleran la generación de empleo e incentivan la informalidad. El nivel de desempleo ya endémico sigue gravitando en el 10%.
- Respecto al presupuesto nacional y transferencias; el estado a los diez (10) años del pacto de 1991; decidió romper de manera brusca e inconsulta con la descentralización fiscal, buscando sanear el déficit del sector central en detrimento de las entidades territoriales que siguen obligadas a prestar los servicios de salud, lograr cobertura universal y asumir en gran parte los altísimos costos financieros y sociales del conflicto armado y desastres naturales.
- Respecto a los mecanismos de financiación creados en la Ley 100 de 1993; la Nación de manera recurrente ha incumplido sus compromisos financieros para la salud y solo por cuenta del esquema Pari-Passu adeuda más de 6 billones al sistema. Esta cifra en manos del FOSYGA garantizaría el pago de las deudas y permitiría avanzar en gobernabilidad sin la coyuntura del financiamiento.
- Respecto a la judicialización de la salud; evidenciada a través de la acción de tutela; se observa que pese a la unificación de los planes de beneficios y casi igualdad de la UPC (contributivo y subsidiado), los ciudadanos siguen recurriendo a este mecanismo para obtener respuestas por parte del sistema. (EPS'S, IPS'S). Se deduce la debilidad en la vigilancia y control.
- Respecto a la Unidad de Pago por Capacitación, UPC; la cual se expresa en pesos y permite conocer en cifras las finanzas del sistema; es claro que no recoge el contexto

epidemiológico colombiano y evidencia el gran desfase entre las necesidades infinitas en salud y los recursos cada vez más escasos del Estado para financiarlas.

- Respecto a la financiación del sistema y la gobernabilidad del sector, es claro que asuntos como la unificación del plan de beneficios, cobertura universal, UPC igual, desarrollo de la ley estatutaria de la salud y el cumplimiento de la sentencia de exequibilidad condicionado por parte de la Corte Constitucional son los retos urgentes y claves que tiene el Estado, el gobierno y la sociedad para garantizar la gobernabilidad. En términos de la realidad económica y fiscal del país; un sistema de salud sin limitaciones a cargo del Estado es insostenible y por tanto inviable.

Corte Constitucional y Salud

En la constitución de 1991 el derecho a la salud y a la seguridad social aparecen como servicios públicos de carácter obligatorio e irrenunciable a cargo del Estado y su soporte normativo no solo está presente en los artículos 48 y 49 de la C.P. ya reseñados, sino en un amplio espectro que incluye los artículos 44 y 50 para referirnos a derechos sociales y económicos; el artículo 11 que consagra el derecho fundamental a la vida y es soporte básico de las sentencias de la Corte Constitucional y el artículo 366, el cual señala que el bienestar general, el mejoramiento de la calidad de vida de la población y la solución de las necesidades básicas insatisfechas de salud entre otras; son finalidades sociales del Estado.

La Corte Constitucional ha realizado un esfuerzo por hacer efectivos los mandatos constitucionales desde la definición de Colombia como un “Estado social de Derecho” y desde el inicio de su funcionamiento, ha venido realizando pronunciamientos y tomando decisiones en el campo de la seguridad social; inicialmente distinguiendo entre derechos prestacionales y más adelante conectando algunos de estos derechos como el de salud con derechos fundamentales especialmente la vida.

Podría admitirse que la primera sentencia de la Corte Constitucional en este campo, antes de expedirse la Ley 100 de 1993 fue la T-406 de 1992, como una manera de suplir el vacío legislativo. El juez constitucional consideró que debía cumplir con la función de guarda de la supremacía e integridad de una constitución que garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (art 49 C.P).

La sentencia T-484 de 1992 estableció la naturaleza jurídica de la salud que permite inferir dos líneas de aplicación; una establece que el derecho a la salud es un derecho de carácter asistencial que le impone al Estado el deber de prestar los servicios de atención médica incluidos los hospitalarios, de laboratorios y medicamentos y la segunda el derecho a la salud lo ubica como conexo a la vida. Luego atentar contra la salud de las personas equivale atentar contra su vida. (Corte Constitucional, 1992). Ya en la sentencia T-406 de 1992, la corte estableció que derechos sociales como la salud podría ser considerado como fundamental; siempre que en un caso específico sea evidente su conexión con un derecho fundamental. (Corte Constitucional, 1992).

Como no es de la esencia del documento analizar la prolija jurisprudencia de la Corte Constitucional, respecto de si el derecho a la salud es un derecho fundamental ó un derecho de carácter prestacional y/o asistencial; si es necesario por hitos y con pequeñas muestras ir observando como la corte fue profundizando y evolucionando sus decisiones frente a este tema; hasta llegar a la ya relacionada T-760 de 2008; en donde se puede ver tomó decisiones de fondo y que han obligado particularmente al ejecutivo a rendir cuentas mediante seguimientos que la misma ha calendado y preside.

En la sentencia T-271 de 1995 la corte estableció que la salud reviste la naturaleza de derecho fundamental merced a su relación inescindible con el derecho a la vida y al mínimo vital”. (Corte Constitucional, 1997).

La corte también desarrolló una línea jurisprudencial basada en la inaplicación de normas que contemplan exclusiones o limitaciones a los planes de beneficios (POS contributivos o POS subsidiados), cuándo ello sea necesario y como una manera de protección del derecho fundamental a la salud y a la vida. (Corte Constitucional, 1995).

Posteriormente y a partir de 1997 profundiza en unas decisiones a través de los cuales es dable la inaplicación de normas que contemplan exclusiones de las prestaciones del POS, cuándo no es posible sustituirlas; el interesado no pueda costearla, ha sido prescrita por un médico vinculado al SGSSS y la prestación excluida vulnere o amenace los derechos a la vida o a la integridad física. En estos casos las EPS-s están autorizadas para recobrar al FOSYGA. (Martínez, 1997). Aparecen por vía jurisprudencial los recobros por NO POS al FOSYGA, que es preponderantemente la fuente de la crisis financiera del sistema.

La sentencia SU 480 de 1997 establece un test que fue recogido y aplicado en otras sentencias y por tanto el POS no solo era la referencia para tutelar; sino criterios más universales como la afectación de la salud, la incapacidad económica y la prescripción médica. Esta situación puede observarse en las sentencias T-236 de 1998, T-906 de 1999, T-150 y T-1204 de 2000, T-755 y T-1132 de 2001; y otras decisiones entre los años 1997 a 2001. Aquí también se incluyó el no pago de cuotas moderadoras y copagos; por incapacidad económica o no tener las semanas mínimas de cotización al sistema. (Los copagos y cuotas moderadoras creados por la Ley 100 de 1993, son unas prestaciones de carácter económico a favor de las EPS-s cuándo los beneficiarios del régimen contributivo (hijos, cónyuge o padres), acceden a los servicios de salud). Su propósito es regular el servicio y equilibrar las finanzas del sistema vía EPS-s.

A partir del 2001 se evidenció el incumplimiento del Estado frente a los mandatos de cobertura universal y unificación del plan de beneficios (POS) y la incapacidad del gobierno a través de políticas públicas de resolver estas situaciones. Por el contrario en términos de financiamiento se modificó la Ley 60 de 1993 y se introdujo a través del acto legislativo 001 de 2001 el sistema general de participaciones y por los lados de cobertura y universalización se aplazó hasta el 2007 en donde nuevamente y a través de la Ley 1122 de 2007 se definió su cumplimiento hasta el 2010. En la actualidad a marzo de 2012; el Estado colombiano y el gobierno nacional no han logrado establecer unas políticas serias, claras y coherentes sobre el particular para cumplir estos preceptos constitucionales y legales. Este escenario hasta el 2008 fue el que analizó la corte constitucional y permitió la decisión emblemática expresada en la sentencia T- 760 de 2008. (Cepeda Espinosa, José, 2008).

Sentencia T-760 de 2008 (31 de julio). El derecho a la salud es derecho fundamental

Recoge veinte (20) expedientes sobre sentencias de tutela en proceso de revisión; por ser una síntesis afortunada y altamente esclarecedora de la crisis del sistema, transcribo la presentación que trae la página web de la Corte Constitucional sobre la sentencia. “La Corte Constitucional profirió la sentencia T-760 de 2008 como respuesta a problemas recurrentes de violaciones del derecho a la salud y al reflejo de las dificultades estructurales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, generando principalmente por diversas fallas en regulación”.

Esta es una sentencia amplia y didáctica que consta de cuatro (4) partes principales:

- Antecedentes de casos acumulados
- Relación de pruebas
- Consideraciones y fundamentos
- Decisiones adoptadas

La sentencia acumula veintidós (22) expedientes y aborda varios casos en la que se invoca la protección al derecho de la salud, concretamente el acceso a los servicios de salud que requerían y cuya solución ha sido clara y reiterada en la jurisprudencia de la corte.

La sentencia contempla dos (2) propósitos principales:

- Tener una muestra lo más comprensiva posible del tipo de problemas que han llevado a los tutelantes a acudir a la justicia constitucional.
- Analizar diferentes fuentes del derecho a la salud y valorar sus implicaciones siempre con la finalidad de garantizar el goce universal, equitativo y efectivo de este derecho.

En términos del concepto y análisis de gobernabilidad que hace frente a este tema; es importante traer literalmente las expresiones de la corte frente a sus funciones. “Las órdenes que se impartirán se enmarcan dentro del sistema concebido por la constitución y desarrollados por la Ley 100 de 1993 y normas posteriores, puesto que exceden la competencia de la corte ordenar el diseño de un sistema distinto, puesto que dicha decisión compete al legislador”.

La estructura de la decisión expresada en la sentencia; se simplifica así:

- El derecho a la salud es un derecho fundamental
- Se analizan y precisan características de este derecho fundamental y
- Se observan las implicaciones del derecho fundamental frente a las fallas de regulación constatadas por la Corte.

Hoy con esta decisión no queda duda alguna; que la salud sea un derecho fundamental y las implicaciones de carácter fiscal que contiene al no establecer límites en su cobertura. Por el contrario la corte se casa con la definición amplia que establece la OMS (Organización Mundial de la Salud). “*La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social*”. Esto cabe dentro del concepto de Estado Social de derecho pero choca con el modelo económico vigente en Colombia en donde la estabilidad fiscal y las prioridades del gasto están por los lados de la defensa y seguridad nacional y el desarrollo de la infraestructura física para la competitividad. Estas son las dos concepciones de Estado que se tienen y por eso el choque de trenes entre la Corte y el Gobierno y la “gasolina” para el debate entre abogados y economistas; o entre neoliberales y social demócratas. Lo único claro de esta situación es la vigencia o no del Estado social de derecho.

Avanzando en el análisis de la sentencia, se encuentra una situación que es excepcional en los fallos de la Corte Constitucional y es la relativa a las “órdenes” de carácter general y específicos que contienen y que permiten entender el ánimo de la corte al expresarlas “*como*

respuesta a problemas recurrentes de violaciones al derecho a la salud y al reflejo de las dificultades estructurales del sistema de seguridad social en salud”.

Las órdenes expedidas apuntan a resolver las fallas en la regulación y se pueden agrupar en ocho (8) órdenes frente a los planes de beneficios; cuatro (4) frente al flujo de recursos; una (1) respecto de los derechos de los usuarios de recibir clara, precisa y oportuna información y una (1) frente al cumplimiento de la cobertura universal como expresión de la política pública establecido por el Congreso de la República en el año 2007 (Ley 1122 de 2007) y que debía culminar en enero de 2010.

En términos de actores, todas las órdenes van dirigidas al Ministerio de Salud (antes de protección social), CRES (Comisión de Regulación en Salud), FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía); y a la SUPERSALUD (Superintendencia Nacional de Salud). Es decir toca directamente con los actores públicos que dirigen, regulan, administran y vigilan el sistema de salud. Toca con el gobierno nacional (ejecutivo)

Para este documento se resalta la orden específica a la CRES, (Comisión de Regulación en Salud) por ser el órgano legalmente competente en el sentido de la actualización del POS para que defina que está incluido, que no está incluido y que está excluido; haciendo énfasis en garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y los usuarios del sistema. Hacer viable la política pública sobre cobertura universal explicando las razones de incumplimiento y por último frente al campo financiero en el sentido de: I) asegurar el flujo de recursos, II) no dilatar el cumplimiento de sentencias que contengan autorización de servicios ó reembolsos; III) un plan de contingencia para pagar recobros atrasados; IV) un plan para corregir ó rediseñar el sistema de recobro y V) órdenes para corregir fallas en la financiación de servicios médicos que no están incluidos en el POS. Frente a esto último la corte se expresa así: *“El adecuado financiamiento de los servicios de salud no contemplados en el POS depende entonces del correcto flujo de recursos por parte del estado”*, y precisando que su falta de pago atenta contra la sostenibilidad del sistema.

Como epílogo de este análisis es preciso señalar que la Corte Constitucional creó una sala especial de seguimiento de la sentencia T-760 de 2008; la cual cita a rendición de cuentas a los órganos responsables de la regulación y control de la política pública en salud. Busca que las órdenes impartidas en la sentencia se cumplan. Ha incluido a la Procuraduría General de la

Nación, Defensoría del Pueblo, Contraloría general de la república, como órganos de control y actores estratégicos del sistema.

En relación con los aspectos de financiación y la gobernabilidad es evidente que la Corte Constitucional a partir de 1993 es el órgano que más decisiones ha tomado y que en su mayoría tienen incidencia económica; como en los eventos NO-POS; la cobertura universal y la unificación de los planes de beneficios. Necesariamente el pacto de gobernabilidad que se propone debe contar con la participación y con el aval de este actor estratégico. La gobernabilidad del país y la estabilidad del sector salud pasan por este órgano judicial y pone a prueba el liderazgo del gobierno y la capacidad para definir políticas de estado.

Sentencia C-313 de 2014 (mayo 29)

El análisis que la Corte Constitucional realiza de la Ley Estatutaria de la Salud “por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”; se puede observar que este órgano judicial mantiene su línea jurisprudencial desarrollada ampliamente en múltiples sentencias y vuelve a recabar en los asuntos relativos a la sostenibilidad y financiamiento del sistema. Por ser de la esencia de este documento se recogen los aspectos más trascendentes en este campo de la sentencia;

- condicionó la exequibilidad del artículo 1: de la Ley Estatutaria que prescribe: “objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer los mecanismos de protección”. La expresión “establecen mecanismos de protección” no dará lugar a normas que menoscaban la acción de tutela. Se nota la excesiva sensibilidad de la corte sobre este mecanismo judicial.

- Condicionó exequible el artículo 5; que define las obligaciones del Estado; especialmente en lo establecido en el numeral I) “adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades de salud de la población”. Decidió que la sostenibilidad fiscal a que alude el literal I) no puede comprender la negación a prestar eficiente y oportunamente todos los servicios de salud debidos a la población. Esto elimina, de una vez por todas, los contenidos del POS y obliga a prestar “todos” los

servicios de salud. Aquí aparece un asunto vital para las finanzas del sistema; ¿cómo establecer la UPC para pagar a los prestadores cuándo todo está incluido?

- Declaró inexecutable el párrafo del artículo 8; relacionados con el no pago de tecnologías ó servicios de salud directamente relacionados con el tratamiento. Esto consolida el criterio de “salud sin límites”.

- El artículo 14 sobre la prohibición de la negación de prestación de servicios. Declaró inexecutable lo relativo a la intervención del Ministerio de Salud. Le quita posibilidades de intervención y decisión.

- En el artículo 15 sobre prestaciones de salud declaró inexecutable la expresión “para definir las prestaciones de salud cubiertos por el sistema”. Esto nuevamente anula los contenidos del plan de beneficios.

- En la síntesis de la decisión la Corte Constitucional recogió el precedente contenido en la sentencia c-459 de 2008 “la sostenibilidad financiera no puede comprender la negación a prestar eficiente y oportunamente todos los servicios de salud debidos a cualquier usuario”. Es resaltar lo decidido en otras sentencias, como deber social del Estado de asegurar el acceso de las personas a la red hospitalaria y su financiación.

- Sobre la sostenibilidad fiscal; admitió su constitucionalidad pero reiteró que es un criterio orientador y no tiene la calidad de principio. Es asunto decisivo en el futuro sistema de salud.

El 30 de mayo de 2014; al conocer la decisión de la Corte Constitucional el presidente de la república, se manifestó complacido (Presidencia de la República, 2014)

- La única ley que yo radiqué personalmente para darle la importancia y la prioridad, fue la Ley Estatutaria de la Salud que en el día de ayer la Corte Constitucional le dio su aval.

- Esto parte la historia de la salud en dos. Es un cambio muy significativo.

- Por primera vez en 23 años que lleva nuestra Constitución se desarrolla un derecho fundamental de los colombianos. Es el primer derecho que se desarrolla a través de una Ley Estatutaria.

- Antes la salud era un servicio obligatorio pero tenía limitaciones. El convertirse en un derecho borra de un plumazo esas limitaciones.
- Hoy estamos cumpliendo. Le cumplí a los médicos, le cumplí a los científicos, le cumplí a toda la junta que estuvo ahí presente y que fue tengo que reconocerlo quienes me dieron las ideas y la materia prima para lo que hoy se está celebrando.

Reflexión

- No existe duda sobre el papel definitivo de la Corte Constitucional en la definición legal de la salud como un derecho fundamental.
- La sostenibilidad fiscal pasó de principio a ser un criterio orientador en las decisiones sobre salud. Aquí aparece el gran reto para el sistema; financiar los servicios de salud sin limitaciones. Como los recursos son limitados y las necesidades de salud infinitas; la viabilidad y sostenibilidad del sistema de salud aparece en el centro de la gobernabilidad del país.
- Más allá del escenario populista del 30 de mayo de 2014; no se entiende como el presidente de la república resalte la influencia del sector médico y no de actores públicos en la expedición de la Ley. A la fecha no ha sido sancionada por el ejecutivo (noviembre 2014).
- El gobierno nacional (Ministerio de Hacienda y Ministerio de Salud) como actores estratégicos no han coordinado ningún tipo de acción para la vigencia de la Ley. Es claro la desfinanciación del presupuesto nacional en 15 billones de pesos y el déficit acumulado que arrastra el sector salud que sobrepasa los 11 billones de pesos.
- Es claro que el sector salud y su financiación serán aspectos trascendentales en la gobernabilidad presente y futura de Colombia.

Conclusiones

La crisis del actual Sistema de Seguridad Social en Salud tiene dimensiones, políticas, sociales, de confianza, de autoridad y de legitimidad que implican para el sistema político imperante unos desafíos inmediatos y de largo plazo. No solo es el gobierno que tiene la obligación de liderar y buscar el consenso de las políticas públicas. Deben estar todos los órganos del Estado y existir una verdadera representación de la sociedad civil. La crisis de gobernabilidad del sistema de salud es de todos. La salida implica un pacto de gobernabilidad con participación activa de todos los actores estratégicos con énfasis en la participación territorial.

El abordaje de la solución tiene que partir de decisiones prioritarias e inmediatas de carácter económico pero necesariamente la solución de fondo debe ser estructural y tocar todos los aspectos que la sociedad en su conjunto considere debe contener un sistema de seguridad social integral como fue la propuesta del constituyente y la decisión de la Ley 100 de 1993 y hoy la Ley Estatutaria de la Salud. Para conjurar la crisis de la salud no bastan buenas propuestas técnicas, es necesario confrontar inicialmente las visiones de Estado que hay se tienen; por un lado la clara visión economista y fiscal del gobierno expresada por el Ministerio de Hacienda y de otro la vigencia y aplicación del Estado social de derecho expresada por la Corte Constitucional y en donde la salud en todas sus manifestaciones es un derecho fundamental y por tanto no pueden existir limitaciones ni barreras fiscales en su aplicación.

Esta es la discusión y decisión trascendental porque define el techo y el alcance de las obligaciones del Estado y la sociedad para con el sistema y permitirá el nuevo modelo de salud sin mayores sobresaltos y preocupaciones.

El abordaje de la crisis del sistema de salud para este trabajo se dio desde la óptica financiera para con ello profundizar en lo más visible y mediático no sin reconocer que los factores sociales, políticos, institucionales, científicos, regionales, culturales, étnicos y ambientales son transversales al sector y por tanto parte de la crisis y de la solución.

Antes de proponer el pacto de gobernabilidad, es necesario recoger como conclusiones los aspectos más trascendentes de la crisis del sector y que indiscutiblemente deben ser parte de la agenda para resolverla.

Las conclusiones del trabajo son:

- La inviabilidad financiera del actual sistema de seguridad social en salud es evidente; debido principalmente a las deudas de la Nación con el sistema, las deudas del FOSYGA con las EPS'S, prestadoras de servicios de salud y entidades territoriales, por la obligación de la cobertura universal con casi las 2/3 partes de la población afiliada al régimen subsidiado, por la unificación de los planes de beneficios que obliga a igualar la UPC entre el contributivo y subsidiado y hoy por las definiciones legales de la Ley Estatutaria de la Salud y la sentencia de exequibilidad condicionada de la Corte Constitucionalidad que obliga al Estado a prestar los servicios de salud sin límites y solo aceptando la sostenibilidad fiscal como criterio orientador y no como principio.
- La expedición de la Ley Estatutaria obliga al Estado a una transformación profunda del sistema; empezando por lograr establecer entre otras las fuentes de financiación., el nuevo plan de beneficios (que se excluye); la consolidación de una red prestadora públicas que compita con la privada, la claridad sobre el alcance de la autonomía médica en la prescripción de procedimientos, nuevas tecnologías e insumos de última generación, la concertación con los actores judiciales para precisar el alcance de la acción de tutela, la especialización del talento humano en salud que atienda en las regiones apartadas, la consolidación del ministerio de salud como ente rector del sistema y de la Superintendencia de Salud con capacidad en tiempo real de ejercer la inspección, vigilancia y control. Dentro del actual esquema financiero público para la salud es “imposible” financiar la salud de los colombianos sin límites.
- Las políticas públicas en salud se generan por la coyuntura de crisis especialmente financiera, paliando las urgencias del momento y no teniendo en cuenta razones y argumentos de largo plazo y de carácter estructural. Es necesario advertir que el nivel central del Estado (gobierno nacional) sin participación de las entidades territoriales rompió de un tajo la columna vertebral de la finanzas del sistema con la derogatoria de la Ley 60 de 1993 y el nuevo sistema general de participaciones (SGP) que nos rige con la Ley 715 de 2001 recortando billonarios recursos para la salud. El esquema de financiación llamado Pari-Passu se fue desconociendo por el gobierno nacional y se eliminó definitivamente dejando un saldo impagado de la Nación al sistema de 6 billones de pesos. Si a esta cifra se le suman los recursos adeudados por el

FOSYGA a los prestadores, los recursos necesarios para cumplir con la unificación del POS y los recursos para lograr cobertura universal; el déficit a diciembre de 2013 del sistema ascendía a la suma de 12 billones de pesos. En términos de la Procuraduría General de la Nación suma imposible de pagar y que es sensiblemente inferior al déficit que tiene el presupuesto general de la Nación aprobado por el 2015 de 12.5 billones de pesos. Si a este oscuro panorama de las finanzas públicas se le adiciona el inmenso costo en la aplicación de la Ley Estatutaria de la salud; la conclusión es contundente. El actual sistema de seguridad social en salud es inviable financieramente.

- La falta de liderazgo del ejecutivo que no ha logrado coordinar sus propios órganos (Ministerio de Salud, Ministerio de Ambiente, Planeación Nacional, Ministerio de Hacienda, Superintendencia Nacional de Salud y DANE entre otras), en las políticas y decisiones transversales que tocan al sector salud y articular además los demás órganos del Estado, como lo son la Corte Constitucional, Procuraduría General de la Nación, Defensoría del Pueblo, Contraloría General de la República y Fiscalía General de la Nación; para lograr los propósitos del sistema y hoy obligados por la Ley Estatutaria de la Salud a otorgar sin exclusiones, ni limitaciones y a cumplir con los fines del Estado Social de derecho.

Pacto de Gobernabilidad: Una solución a la problemática

La gobernabilidad del sector salud desde la visión propuesta en este estudio se construye a partir de verdaderos consensos y con la participación activa de todos los actores involucrados y especialmente de legítimos voceros de la sociedad civil y usuarios del sistema.

Más allá del esquema formal que recoja este pacto (ley estatutaria y/o acto legislativo); la gobernabilidad del sector salud debe contener todas las experiencias y camino recorrido hasta hoy y eludir la perversa confrontación de intereses gremiales o sectoriales resaltados por los medios de comunicación; para establecer el modelo de salud que se ajuste a las condiciones de Colombia en términos de perfil epidemiológico de la población; naturaleza y carga de enfermedades por regiones; inequidades étnicas y culturales, unificación del plan obligatorio de salud y contenidos, medicamentos de última generación incluidos los biotecnológicos, insumos y dispositivos médicos, tecnologías en salud, hotelería y atención médica, calidad promedio en la prestación de los servicios de salud; garantía de especialidades y subespecialidades en las

regiones; actores del sistema y roles de los mismos y la financiación a partir de la definición de la unidad de pago por capitación (UPC) y el flujo de recursos.

Un aspecto trascendental de este pacto radica en lograr hacer efectivo un derecho fundamental y los recursos para atenderlo por cuenta del Estado. Reglamentar un derecho de esta naturaleza implica que deben existir unos límites y estos pueden darse desde la óptica de lo que puede y no puede pagar el sistema y sus destinatarios. El pacto de gobernabilidad del sistema puede mirarse desde la perspectiva de mediano y largo plazo para lograr de Colombia un país más equitativo y potenciando así desde el sector salud la construcción del capital humano. Este debate debe definir especialmente la vigencia y alcance del Estado Social de Derecho y la descentralización y autonomía de las entidades territoriales.

El pacto de gobernabilidad que se plantea debe soportarse en el trípode Estado, gobierno y actores. El Estado debe corresponder a la intervención de todas las ramas y órganos del poder público definidos constitucionalmente; el ejecutivo en cabeza del gobierno debe liderar y tener claro su papel de rector, administrador, vigilante e interventor del sistema; de coordinación de sus propios órganos y enlace permanente con los demás actores bajo los parámetros del buen gobierno y en los actores deberán estar todos los órganos e instituciones públicas y privadas, gremios, representantes legítimos de los usuarios; que tienen la responsabilidad de administrar y operar directamente el plan obligatorio de salud y los recursos del sistema.

La crisis del sistema es estructural y no solo de carácter financiero quien la hace más visible y por tanto la solución debe abordarse integralmente y así evitarnos que las recurrentes crisis estén siempre en la agenda del día y amenazando la gobernabilidad del país.

El sistema no soporta más intervenciones coyunturales. Es la hora de las soluciones. Después de la paz; el pacto social del sector salud será el más trascendente para Colombia. La gobernabilidad presente y futura de Colombia depende en gran medida de la viabilidad financiera y funcionamiento del sistema de salud.

Referencias Bibliográficas

- Arbeláez, M. (2006). *Derecho a la salud en Colombia*. Bogotá, Colombia. Centro de Investigación y Educación Popular.
- Banco de la República (s.f.). *Informes al Congreso de la República 2006 – 2010*.
- Camou, A. (2001). *Los Desafíos de la Gobernabilidad*. México D.F. FLASCSO, UNAM, Plaza y Valdés.
- Clavijo, S & Torrente, C (2008). *El Déficit Fiscal de la Salud en Colombia. Clasificación JEL. Sistemas Salud (I-180). Seguridad Social (H550)*
- Congreso de la República (1991). *Constitución Política de Colombia*. Ed. Legis.
- Congreso de la República (1993). *Ley 60, Participación territorial en los ingresos corriente de la Nación*. Bogotá.
- Congreso de la República (1993). *Ley 100, Sistema Integral de Seguridad Social*. Bogotá.
- Congreso de la República (2007). *Ley 1122, Reforma al Sistema de Salud*. Bogotá.
- Congreso de la República (2011). *Ley 1438, Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá.
- Congreso de la República (2011). *Ley 1444, Creación Ministerio de Salud*. Bogotá.
- Congreso de la República (2013). *Ley Estatutaria de la Salud*. Bogotá.
- Contraloría General de la República (s.f.). *Informes al Congreso de la República 2006 – 2010*.
- Corte Constitucional (1992). *Sentencia T-406, M.P. Ciro Angarita Barón*
- Corte Constitucional (1992). *Sentencia T-484, M.P. Fabio Morón Díaz*
- Corte Constitucional (1995). *Sentencia T-165, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa*
- Corte Constitucional (1995). *Sentencia T-271, MP Alejandro Martínez Caballero*
- Corte Constitucional (1997). *Sentencia SU 480, M.P. Alejandro Martínez Caballero*
- Corte Constitucional (2008). *Sentencia T.760, M.P. Manuel José Cépeda Espinosa*
- Corte Constitucional (2010). *Sentencia C-252, M.P. Jorge Iván Palacio*
- Corte Constitucional (2014). *Sentencia C-313, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza M.*
- Crozier, M.; Huntington, M.; & Watanuki, J. (1975). *The Crisis of Democracy: Report on the Governability of Democracies to the Trilateral Commission*. New York, New York: University Press.

- Defensoría del Pueblo (2011). *La Tutela y el derecho a la salud*. Bogotá. Imprenta Nacional.
Recuperado el 15 de agosto de 2014, de www.defensoria.org.co.
- Defensoría del Pueblo (2014). La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2013.
Recuperado el 10 de septiembre de 2014, de www.defensoria.org.co
- Departamento Nacional de Planeación (s.f.). *Informes al Congreso de la República 2006 – 2010*.
- Departamento Nacional de Planeación (s.f.). *Documento CONPES social 91. Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos del Milenio 2015*. DNP.
- Espitia J., (2010). *Contraloría General de la República (CGR). La emergencia social en salud. La financiación del sistema de seguridad social en salud*.
- Espitia, J.E (2010). *Emergencia Social en Salud*. En: *Revista Economía Colombiana*. CGR. Edición 330, 9-17
- Giraldo J. (2010). *Informe de Seguimiento de Cartera*. En: *Revista Hospitalaria* 73, 4-17.
- LEGIS. (2011). *Cartilla de Seguridad Social y Pensiones* (18ª edición)
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público (s.f.). *Informes al congreso de la República 2006 – 2010*.
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2009). *Monitoreo, seguimiento y control al uso de los recursos del sistema general de participaciones*. Edición noviembre. Dirección General de Apoyo Fiscal. Recuperado el 3 de agosto de 2014, de www.minhacienda.gov.co; atencioncliente@minhacienda.gov.co.
- Ministerio de la Protección Social (2010). *Universalización, Calidad, Sostenibilidad y Transformación Institucional*. (1ª edición). Colombia
- Ministerio de la Protección Social (s.f.). *Informes al Congreso de la República 2006-2010*
- MPS-OPS/OMS. Indicadores básicos de salud.
- Nussbam, M. (2010). *Sin fines de lucro*. Katz Editores.
- Nussbaum, M & Sen, A (2002). *La Calidad de Vida*. (3ra reimp.), México. Fondo de Cultura Económica
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Estrategia de Cooperación con Colombia*. Bogotá. Nuevas Ediciones S.A
- Orozco, J (2006). *Porqué Reformar la Reforma*. Edición electrónica. Recuperado el 5 de mayo de 2014, de www.eumed.net/libros/2006/jmo

- Presidencia de la República (2014). *Declaración del Presidente Juan Manuel Santos durante la presentación de la ley estatutaria de Reforma a la Salud*. Sistema de Información del Gobierno. Recuperado el 10 de agosto de 2014, de http://wsp.presidencia.gov.co/Prensa/2014/Mayo/Paginas/20140530_04-Palabras-Declaracion-Presidente-Juan-Manuel-Santos-presentacion-ley-estatutaria-Reforma-Salud.aspx
- Procuraduría General de la Nación (2011). *Trabajo Digno y Decente en Colombia*. Bogotá. Riesgo y calor Ltda.
- Procuraduría General de la Nación. (2011). *Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá. Ecoe Ediciones Ltda.
- Ramírez, J (2010). *Emergencia Social en Salud*. En: *Revista Economía Colombiana* CGR. Edición 330, 18-35
- Rodríguez, P. (2007). *Misión longevidad*. FICA. Bucaramanga.
- Santos, J. M. y Blair, T. (1999). *La tercera vía*. Ed. Aguilar.
- Sarmiento, E (2009). *La Recesión Mundial*. (1ª edición). Bogotá. Editorial Aurora
- Sarmiento, E (2011). *Transformación Productiva y Equidad*. (1ª edición). Bogotá. Escuela Colombiana de Ingeniería.
- Sen, A (2009). *El Valor de la Democracia*. España. El Viejo Topo
- Sen, A (2010). *La idea de la Justicia*. (Segunda reimpresión). Bogotá. Aguilera, Altea, Taurus Alfaguova
- Sen, A. (2010). *Desarrollo y libertad*. Ed. Planeta.
- Sergio, C. & Torrente, C. (2008). *El déficit fiscal de la salud en Colombia*.
- Tomassini, L. (1998). “*Gobernabilidad y políticas públicas*”, en *Fracturas en la gobernabilidad democrática*, R. Urzúa y F. Agüero (eds.), Santiago, Universidad de Chile.
- Vargas, A. (2008). *El Estado y las políticas públicas*. Almudena Editores.
- Wiesner, E. (1995). *La descentralización, el gasto social y la gobernabilidad en Colombia*. DNP-ANIF, Bogotá.