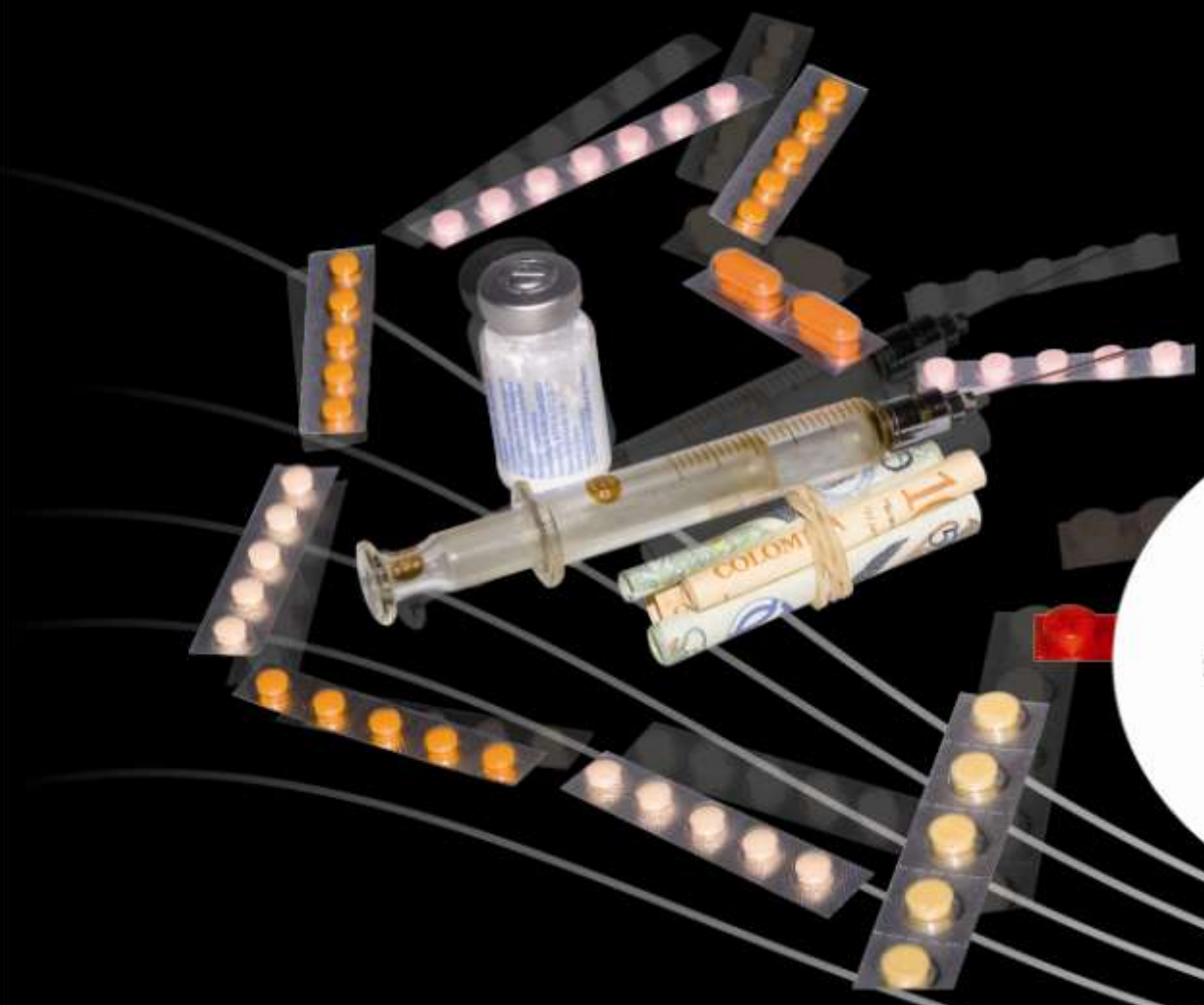
La Organización
de la Salud en Colombia

Iván Darío Arroyave Zuluaga



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN VICENTE DE PAÚL
Medellín - Colombia

EL PULSO

Publicación: Hospital Universitario San Vicente de Paúl
Periódico El Pulso

Autor: Iván Darío Arroyave Zuluaga
Primera edición: Agosto de 2009
Diseño de carátula: Induimagen / Paula Andrea Penagos G.
Fotografía carátula: Martín Rodrigo Peláez Céspedes

Reservados todos los derechos. Prohibida la reproducción total o parcial, por cualquier medio o con cualquier propósito, sin autorización escrita de la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl.
Este libro ha sido publicado con fines estrictamente académicos y de consulta. Queda completamente prohibida su venta o cualquier forma de comercialización.

Hospital Universitario San Vicente de Paúl
Dirección postal: Calle 64 No. 51 D - 154. Medellín, Colombia
Teléfono: (57-4) 516 74 44
Correo electrónico: elpulso@elhospital.org.co
Sitio web: www.periodicoelpulso.com

Para citar este libro (Formato Vancouver):

Arroyave-Zuluaga I. La organización de la salud en Colombia. Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paúl; 2009. 585 p. [Intervalo de páginas consultado] Disponible en: www.periodicoelpulso.com. Consultado en: [fecha de la consulta]

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO ____ *i*

Índice de siglas ____ **v**

INTRODUCCIÓN ____ *vi*

Reconocimientos ____ **vi**
Reconocimientos académicos: ____ vi
Reconocimientos personales: ____ vii
El autor: ____ vii

Prefacio ____ **viii**
Al amable Lector ____ viii
Esquema general del libro ____ ix

Prólogo ____ **xi**
Planteamiento ____ xi
Propósito ____ xii
Objetivo ____ xiv
Beneficiarios ____ xiv

PRIMERA PARTE: FUNDAMENTOS DEL SGSSS ____ *1*

1. Cimientos históricos y conceptuales ____ **1**
1.1 Algunos conceptos fundamentales ____ 1
1.1.1 Sistemas de salud y seguridad social ____ 1
1.1.2 Sistemas de salud ____ 8
1.1.3 Características del modelo de aseguramiento ____ 10
1.2 Políticas públicas en salud ____ 17
1.2.1 Atención Primaria en Salud APS ____ 20
1.2.2 Una agenda para la Reforma ____ 26
1.2.3 Invertir en Salud ____ 27
1.2.5 La descentralización y su impacto en los sistemas de salud ____ 30

1.2.6 El Pluralismo Estructurado 34
1.2.7 Funciones Esenciales de la Salud Pública FESP 39
1.2.8 Objetivos de Desarrollo del Milenio 46
1.2.9 Determinantes Sociales de Salud (DSS) 47

2. Legislación medular de la Organización de la Salud en Colombia 54
2.1 La constitución Política de Colombia y la salud 56
2.2 Código Sanitario Nacional 68
2.2.1 Generalidades 68
2.2.2 Contenidos de la Ley 9ª de 1979 77
2.3 Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS 84
2.3.1 Sistema de Seguridad Social Integral SSSI 84
2.3.2 Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS 91
2.4 Sistema General de Riesgos Profesionales - SGRP en salud 98
2.4.1 Generalidades sobre riesgos profesionales 98
2.4.2 Normatividad en Colombia 100
2.4.3 Sistema General de Riesgos Profesionales - SGRP en salud 103
2.4.4 Calificación de origen del ATEP 113
2.5 Sistema General de Participaciones – SGP en salud: Recursos (transferencias) y competencias territoriales en salud 118
2.5.1 Transferencias a los entes territoriales 118
2.5.2 Las reformas constitucionales a las transferencias en 2001 y 2007 122
2.5.3 Las transferencias para la salud y su distribución 127
2.5.4 Competencias en salud de la nación y los entes territoriales 129
2.6 Sistema de Protección Social –SPS 134
2.6.1 Manejo Social del Riesgo 134
2.6.2 Sistema de Protección Social en Colombia 138
2.7 Plan Nacional de Desarrollo 144

3. Regulación del SGSSS 149
3.1 Plan Obligatorio de Salud POS 149
3.1.1 Contenidos del POS 149
3.1.2 Enfermedades de alto costo 160
3.1.3 El POS "plus": Comités técnico-científicos y tutelas 164
3.2 Unidad de Pago por Capitación UPC 172
3.3 Atención de urgencias 179
3.4 La focalización del gasto público social y su aplicación en Colombia (la encuesta SISBEN) 187
3.5 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud - SOGC 197
3.5.1 Características del SOGC 197
3.5.2 Habilitación en el SOGC 206
3.5.4 Auditoría, información y acreditación en el SOGC 220

SEGUNDA PARTE: INTEGRANTES DEL SGSSS 227

4. Organismos nacionales de dirección, vigilancia y control 229
4.1 Ministerio de la Protección Social (MPS) 230
4.2 Entidades adscritas al MPS en salud 235

4.2.1 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS 235
4.2.2 Comisión de Regulación en Salud CRES 237
4.2.3 Superintendencia Nacional de Salud - SNS 241
4.2.4 Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA 248
4.2.5 Instituto Nacional de Salud INS 252

5. Organismos de administración y financiación 256
5.1 Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) 256
5.1.1 Subcuenta de compensación 259
5.1.2 Subcuenta de solidaridad 264
5.1.3 Subcuenta de promoción de la salud 269
5.1.4 Las inversiones de FOSYGA 272
5.2 Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT 275
5.3 Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB 283
5.3.1 Entidades Promotoras de Salud EPS 283
5.3.2 Empresas Promotoras de Salud del régimen subsidiado - EPS-S 291
5.3.3 Otras EAPB: EAS y EMP 299
5.4 Direcciones territoriales de salud: 302
5.4.1 Recursos propios. 302
5.4.2 Monopolios Rentísticos 303
5.4.3 Recursos de transferencias y participaciones 305
5.4.4 Estructura de los fondos de salud 307
5.4.5 Funcionamiento de las cuentas maestras 316

6. Prestadores de Servicios de Salud PSS 321
6.1 Evolución histórica de la red prestadora en Colombia 321
6.2 Caracterización de la red prestadora en Colombia 328
6.2.1 Prestadores, servicios y profesionales registrados 328
6.2.2 Las IPS Públicas del Orden Territorial 330
6.3 Política nacional de prestación de servicios de salud 334
6.4 La red pública hospitalaria: Empresas Sociales del Estado 341

7. Usuarios del SGSSS 351
7.1 Participación en salud y control social 353
7.1.1 Participación social 356
7.1.2 Participación ciudadana 360
7.1.3 Participación comunitaria 363
7.1.4 Participación institucional 365

TERCERA PARTE: FLUJOS DE RECURSOS EN SALUD 368

8. Los recursos del SGSSS 368
8.1 Cuentas de salud en Colombia 368
8.2 Contratación con Prestadores de Servicios de Salud - prestador 387
8.2.1 Parámetros generales 387
8.2.2 Análisis de las modalidades de contratación 394
8.2.3 Flujo de recursos en el SGSSS 400

CUARTA PARTE: PLANES DE BENEFICIOS DEL SGSSS 412

9. Regímenes del SGSSS 412
9.1 Generalidades de los Regímenes del SGSSS 412
9.1.1 La vinculación de las personas al SGSSS 412
9.1.2 Aseguramiento en el SGSSS 415
9.1.3 Pagos compartidos 421
9.2 Régimen contributivo 430
9.2.1 Entidades Obligadas a Compensar - EOC 430
9.2.2 Afiliados al régimen contributivo 432
9.2.3 Prestaciones en el régimen contributivo 435
9.2.4 Los aportes en el régimen contributivo 440
9.2.5 Excepcionalidades de la cotización 444
9.2.6 Sanciones en el régimen contributivo 453
9.2.7 Limitaciones en el régimen contributivo 455
9.3 Régimen subsidiado 458
9.3.1 Recursos financieros del régimen subsidiado 458
9.3.2 Beneficiarios del régimen subsidiado 468
9.3.3 Plan de beneficios del régimen subsidiado 474
9.3.4 Procesos administrativos del régimen subsidiado 477
9.4 Regímenes excepcionados 493
9.4.1 Sistema de Salud del Magisterio (SSM) 495
9.4.2 Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP) 501
9.4.3 Régimen de salud de ECOPETROL 507
9.4.4 Régimen especial de las universidades públicas 512
9.5 Prestaciones en salud para la población no asegurada 514
9.5.1 Población pobre no asegurada 514
9.5.2 Población en transición 521

10. Salud pública en el SGSSS 523
10.1 Prevención de la enfermedad y promoción de la salud 523
10.2 La salud pública en los albores del SGSSS 534
10.3 Nuevo enfoque de la Salud Pública 538
10.3.1 Plan Nacional de Salud Pública - PNSP 2007 – 2010: 541
10.3.2 Plan de Salud Territorial 574
10.3.3 Vigilancia en salud pública 578

ÍNDICE DE SIGLAS

DANE Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas

DNP Departamento Nacional de Planeación

EPS Entidad Promotora de Salud

ESE Empresa Social del Estado (IPS estatal)

FONSAT Fondo Nacional de Seguros de Accidentes de Tránsito

FOSYGA Fondo de Solidaridad y Garantías

IPS Institución Prestadora de servicios de Salud (estatal o privada)

OMS Organización Mundial de la Salud

OPS Organización Panamericana de la Salud

POS Plan Obligatorio de Salud

POS-C Plan Obligatorio de Salud del régimen Contributivo

POS-S Plan Obligatorio de Salud del régimen Subsidiado

RIPS Registro Individual de Prestación de Servicios

SSSI Sistema de Seguridad Social Integral

SGSSS Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISBEN Sistema de Identificación de Beneficiarios (de subsidios)

SNS Sistema Nacional de Salud

SOAT Seguro Obligatorio de Accidentes de Transito

INTRODUCCIÓN

RECONOCIMIENTOS

Reconocimientos académicos:

A la Universidad CES, especialmente a la Facultad de Medicina, por todo el apoyo que me ha brindado en la apasionante práctica de la Academia y en mi formación y autoformación sobre el tema de la Organización de la Salud en Colombia. Especial gratitud allí a Jorge Julián Osorio (decano de la Facultad de Medicina), a Hernán García Cardona (director de posgrados) y al grupo de Investigadores de Medicina, del que orgullosamente hago parte. Igualmente al Rector José María Maya Mejía, a la Sala Fundadores y a todos los compañeros de recinto.

A la Universidad de Antioquia que me ha recibido ya por tres veces, en tres facultades distintas, para brindarme formación como Odontólogo (1989-1995), especialista en Gerencia Social (1998-1999) y, actualmente, como estudiante de doctorado en Salud Pública (2008-) y en esta nueva etapa formativa en especial al profesor Álvaro Cardona Saldarriaga tutor de mi Tesis y coordinador del doctorado, y a todos los docentes y compañeros de la Facultad Nacional de Salud Pública.

Quiero agradecer también a estudiosos que son citados con especial frecuencia en el libro: Jairo Humberto Restrepo Zea (Centro de Estudios de la Salud del Grupo de Investigaciones Económicas de la Universidad de Antioquia), David Hernández y Gilberto Barón Leguizamón, de quien se tomó el contenido de toda la sección sobre Cuentas de Salud en Colombia. Y a instituciones cuyos documentos son también muy citados como la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, donde actualmente estudio, la Facultad de Salud Pública de la Universidad Nacional, el Centro de Estudios para el Desarrollo (CENDEX) de la Universidad Javeriana y el equipo de Consultorsalud S.A. (www.consultorsalud.com).

A la editora Ana de Marín, quien revisó ad honorem este pesado texto y me orientó para darle una forma final tan cercana a los lectores cómo fue posible.

Al Centro Nacional para el Desarrollo de la Administración Pública (CENDAP), uno de los escenarios en que me inicié como Conferencista Nacional y me apasioné por el tema.

Y, finalmente, al Periódico EL PULSO del Hospital Universitario San Vicente de Paúl en Medellín, donde empecé en 2002 a escribir sobre el sistema de salud colombiano, especialmente a su director Dr. Julio Ernesto Toro Restrepo y mis compañeras Diana Cecilia Arbeláez Gómez y Olga Lucía Muñoz López. Del Periódico EL PULSO he tomado varios de los textos que he escrito para el armazón de esta obra y espero que continúe tan enriquecedor intercambio en doble sentido del libro, tanto con el periodismo como con la Academia.

Reconocimientos personales:

En general a toda mi familia, mi madre Lilian y mis hermanos Alba Luz, Juan José, Gustavo A. y Carlos Alberto, más mi padre fallecido, José Joaquín, quien siempre está en nuestra mente.

Y sobre todo a mis dos pequeños hijos, José Miguel y Antonio José, por la paciente y amorosa espera en las épocas en que estuve casi recluido escribiendo este libro, y otro en que les he dedicado el epígrafe:

Μαικελ χαι Αντος: “Δυο [οδελφοι] εισιν ειν ψυχη εν δυο σωματι” (Αρισθοτελμς)

El autor:

Iván Darío Arroyave Zuluaga es actualmente estudiante de Doctorado en Salud Pública de la Universidad de Antioquia y labora en la Universidad CES como docente (pregrados, posgrados y extensión) e investigador del Observatorio de la Salud Pública.

Acerca de su formación anterior, el autor es odontólogo de la Universidad de Antioquia y especialista en Gerencia Social de la misma. Ha laborado en algunos cargos administrativos en el sector salud, tanto en el ámbito público como en el privado. Durante varios años colaboró como columnista del Periódico para el Sector Salud El Pulso. También ha incursionado en el campo de la literatura como autor de cuentos fantásticos.

PREFACIO

Al amable Lector

Lo más importante de destacar en estas páginas previas es que este libro ha sido creado con el propósito esencial de interactuar con los lectores en condiciones de participación horizontal. Semejante obra escrita por un solo autor fue un propósito más bien arriesgado y no siempre bien visto. El apoyo de la comunidad del sector salud es bienvenida, y el autor quiere invitar a quien desee escribir apartados en este libro: Tal vez en unos meses este quede relegado a ser solamente el compilador de un constructo colectivo y altamente participante, tal y como nos lo permite hoy la virtualidad y los medios magnéticos. Se invita entonces a todos los que estén interesados en participar en este propósito a escribir al correo:

Organizacion.Salud.Colombia@gmail.com

Se aceptan muchas formas de hacer los aportes: Es bastante posible que este texto requiera correcciones, rectificaciones y hasta actualizaciones que de buena gana serán hechas. No está de más aclarar que este libro estuvo dos años engavetado (recibiendo datos de manera desigual) ante la imposibilidad de ser publicado en medio físico por su obsolescencia permanente, y que no ha podido ser tan juiciosamente actualizado como se debería. Por eso mismo el autor de antemano libera al Editor (que desinteresadamente ha contribuido a la difusión del documento) de cualquier responsabilidad sobre eventuales equivocaciones que se encuentren e invita amigablemente al amable lector a que los haga saber, y le garantiza el correspondiente crédito a quien preste este amigable servicio.

Incluso el autor se abstuvo de escribir una sección sobre facturación y otra sobre modalidades de contratación, ambas muy útiles. Y en este mismo momento se le han hecho totalmente obsoletas las secciones 3.1 Plan Obligatorio de Salud POS (página 149) y 9.3 Régimen subsidiado (página 458), así como lo referente a selección de gerentes en ESEs y otras más. Hay muchos espacios disponibles.

En fin, también puede darse el caso de investigaciones que merezcan ser reseñadas por ser reveladoras frente a la operación del sistema y que no hayan sido tenidas en cuenta. Las posturas gremiales con buen soporte de evidencia también podrían también ser incluidas. Hay también temas que no están escritos y pueden ser propuestos por cualquiera.

Lo único que sí no es del caso incluir por lo pronto son aquellos aportes que se salgan de los principios fundacionales del libro de hacer un trabajo meramente descriptivo: Las opiniones personales y las propuestas de reforma y ajuste al sistema tienen un espacio más adecuado en otro tipo de publicaciones.

Finalmente, se garantiza desde ya el reconocimiento explicito a modo de referencia a cada aporte, o incluso de autoría parcial al remitente, dada la dimensión del aporte; de hecho el capítulo 5.4 “Direcciones territoriales de salud: (páginas 302 y ss.) aparece bajo la autoría de un colaborador personal, Octaviano Augusto Herrera.

De todas maneras tras el envío de alguna propuesta, y una vez valorada como pertinente, se hará contacto con el remitente para pedir explícitamente autorización para su publicación e incluso para intercambiar archivos de este libro en editor de texto sin restricciones (tipo Word®).

Lo que sí hay que hacer claridad de entrada es que no se hará reconocimiento pecuniario por el derecho patrimonial sobre estas contribuciones en la medida que este no ha sido un libro escrito con fines de lucro y que de hecho no está circulando por canales comerciales.

Esquema general del libro

La organización del libro es relativamente simple: Son 4 partes, que a su vez contienen 10 títulos (enumerados de uno a diez a lo largo del libro), que se dividen en 35 capítulos. Algunos de estos capítulos se dividen en secciones, de las que se encuentran unas 80. Finalmente se tienen los apartados o intertítulos (sin ninguna nomenclatura, sólo resaltados en negrilla), algunos de ellos agrupados en numerales (con notación a, b, c…).

Además, para hacer más ilustrativo el manejo de los temas se han incluido más de 70 gráficos y otros tantos cuadros. Más de 130 notas a pie dan referencias tanto bibliográficas como de vínculos con otras partes del libro a modo de hipervínculos internos, aspecto este de la interactividad en el que se ha querido ser muy acucioso: Alrededor de la mitad de estas notas remiten a otras partes del texto para que cuando algún lector desee consultar un tema cualquiera, tenga posibilidad de respaldarse plenamente en un marco teórico que de sí es complejo y enmarañado.

Con la bibliografía es importante anotar que el autor, más deseoso de hacer amigable y didáctico el texto que de cumplir con una metodología específica, ha preferido llevarla en su totalidad en notas a pie: De esa manera el lector escoge más fácilmente si quiere ampliar el tema (con los respectivos hipervínculos si es en medio magnético), o pasar la referencia y continuar la lectura. Ahora bien, la mayoría de las citas a normas sí se han dejado en el mismo texto sin llevarlas a nota a pie por su relevancia en el contexto.

Una advertencia, en paréntesis, ya que se hace referencia al orden en que se ha escrito el texto: El tema de Salud Pública no figura al final porque sea el menos importante para el autor. Es la secuencia en que terminó viéndose más coherente, tal vez porque el sistema tiene relegada la salud pública al final, o tal vez porque el autor tiene la idea de que es lo más importante e inconscientemente, y guiado por el deseo, lo deja como desenlace y consumación. El caso es que el autor (salubrista de formación) sí se toma el atrevimiento de anteponer que no comparte la visión minimalista que se le da en el modelo de salud colombiano a la Salud Pública, pero que, acogiendo la tarea algo notarial de hacer un texto ante todo descriptivo, se resigna a titular con esta expresión una de las diez partes del libro solamente, la última, ya que en el modelo las cosas son así: La Salud Pública es concebida como un subconjunto (casi insignificante) dentro del sistema de salud.

PRÓLOGO

Planteamiento

Cada uno de los ejecutivos de la salud, funcionarios, académicos y clínicos de un sistema de salud tan complejo, casi enrevesado, como es el colombiano, hace una parcela en su labor, sin conocer el Todo aunque sea marginalmente. Y aunque la súper-especialización es un requerimiento inevitable de nuestra sociedad, la visión de conjunto no puede perderse, por complejo que sea el tema, como es este caso. El propósito pedagógico del libro es, entonces, una visión general de la Organización de la Salud en Colombia, en busca de mejorar las competencias de quienes estamos involucrados con ella. O tal vez como modelo para reformar el sistema de salud a partir de sus cimientos, si eso es lo que nos depara la historia.

Por esto mismo, el autor le deja dos tareas al lector: Profundización y actualización. Profundización porque cada labor tiene su nivel de especialización, y ello no se agota en este texto, naturalmente. Al referenciar los temas se deja una ventana abierta para que el lector se asome, pero si se trata de su práctica diaria, su obligación es traspasar el umbral e ir mucho más allá, tanto como sea posible, porque la capacitación, y más aún la auto-capacitación, son las herramientas básicas que nos pueden convertir en profesionales altamente diferenciados. La Actualización se refiere a que este libro da un marco tan general como para no requerir una permanente retroalimentación continua (que igual se procurará aprovechando las ventajas del medio magnético) pero sí demanda del lector acucioso ponerse al frente de su propio conocimiento una vez este libro le haya dado todo lo que le puede dar.

Es fácil suponer que el capítulo 1 será el menos leído, pero el autor considera que esto eso sería una omisión inconveniente: La comprensión del modelo requiere fundamentos que incluso van mucho más allá de los planteamientos de este libro.

Propósito

En fin, el autor ha juzgado importante presentar un libro guía sobre la Organización de la Salud en Colombia, basado en el principio elemental de que tal obra no existe y podría beneficiar un grupo amplio de participantes del sistema. Pero también porque, desde su trabajo en la Academia, ha notado la necesidad de hacer una muestra sintética del funcionamiento del sistema. Por ejemplo, calcúlese cuánta información tiene que recabar por su cuenta una persona que por algún motivo desee o necesite conocer acerca del Plan Obligatorio de Salud, tema que justamente es candente en la actualidad. Tener una fuente de consulta que aborde, por ejemplo, este tema y el marco en el que se comprende sería una herramienta muy útil que actualmente no se tiene.

Conectado con la motivación enunciada inicialmente, también hay que considerar que el ejercicio de la docencia muestra que es difícil comprender la Organización de la Salud en Colombia en su contexto, y eso puede tener implicaciones en términos de funcionamiento para el sistema.

Ahora bien, podría especularse que tres de las razones por las cuales nadie ha acometido la tarea de escribir el libro de texto que aquí se propone, son: Primero porque casi nadie entiende el sistema en su funcionamiento, tuerca por tuerca, y el autor no es la excepción como se tratará más adelante. Segundo porque escribirlo es una labor titánica, y de eso sí puede dar fe el autor, que lo entrega cuatro años después de haber acometido la tarea. Tercero porque es muy obsolescente, algo que sólo el medio magnético puede atenuar, lo que le resta enormes posibilidades comerciales a la edición en papel; Si se logra cumplir con la expectativa con que fue creado, de este libro se verán progresivas actualizaciones en la Web. Cuatro y último, el proyecto es generador de altas externalidades positivas, lo que le convierte en un esfuerzo francamente desinteresado.

Este es un libro guía de texto sobre la Organización de la Salud en Colombia orientado a mejorar las competencias y allanar el camino del entendimiento de este tema tan complejo de una manera sintética a todos los potenciales interesados y pretende ser algo más que la simple descripción del marco normativo de la Organización de la Salud en Colombia. El libro procura la descripción de la Organización de la Salud en Colombia en su totalidad de manera que el plano de análisis no es la *norma*, sino el *tema*, y partiendo concurrentemente de las normas que lo configuran, todo ellos de manera descriptiva.

En la práctica docente se ha observado la pertinencia de esto en la medida que al darle un marco teórico y pragmático a la normatividad se logra un entendimiento más profundo del modelo

imperante. La comprensión del modelo requiere fundamentos y la comprensión del modelo en su conjunto es un insumo importante para mejorar sus logros.

Se parte en el texto de explicar los cimientos conceptuales y normativos del sistema, pero no es manual de legislación ni pretende serlo, busca más bien abordar la Organización de la Salud en Colombia desde las formulaciones teóricas a que haya lugar, el marco económico, político y social bajo el cual se ha han tomado unas decisiones desde las fuentes de poder, o por el cual los actores han reaccionado de determinada manera. Se trata también de transcribir la realidad con opiniones autorizadas, referir las investigaciones que las diferentes instituciones y personas han publicado sobre el sistema, la información sobre salud pública, sobre red prestadora, etc., tratando en lo posible de despojar el enunciado de todo componente ideológico y de opinión pura para asumirlo desde una dimensión puramente técnica pero integral.

Es claro entonces que en este libro se evita por todos los medios las largas parrafadas en que se trascriben normas de forma literal: La herramienta del Internet y los motores de búsqueda, así como los modernos editores de texto y demás herramientas tecnológicas, brindan a cualquiera la posibilidad de buscar un tema cualquiera y encontrar las normas que desee, incluso con notas de vigencia y concordancias. El lector de este libro deberá hacerlo en su profundización, cuando lo requiera. En este texto, en cambio, se toman los textos de la manera más didáctica posible, incluyendo normas de distinta jerarquía y que se cruzan en el tiempo, buscando llegar a la explicación y la comprensión de un asunto determinado.

Además se ha pretendido, desde la concepción de Protección Social, englobar el tema de la salud más allá de lo que está contemplado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que sería algo más obvio y de hecho fue el punto de partida de este texto. Pero hay que ser sincero con que el título del libro no da fe de sus alcances, al menos no todavía: “La Organización de la Salud en Colombia”, pretende abarcar, además del SGSSS, en el ámbito de la Seguridad Social, al Sistema General de Riesgos Profesionales en lo relacionado con la salud, y en el ámbito de la Protección Social, y más aún, al Sistema General de Participaciones (SGP) en salud, la legislación sanitaria y todas las acciones sectoriales para mantener y mejorar la salud. Se pretende, pero no se logra, al menos del todo. En general, el libro toma al SGSSS como eje integrador, porque lo es, en parte, pero también porque no existe un modelo integrado de salud y de Protección Social, al menos no lo absolutamente implementado como para ser descrito.

Otro aspecto que es del caso aclarar es que este libro no pretende ser un panegírico de la Organización de la Salud en Colombia, ni tampoco lo contrario. Es solo una visión descriptiva, apoyada en algunos datos empíricos que permitan su comprensión y análisis.

Y como es descriptivo, no es ni prescriptivo, ni propositivo. Antes de escribir las últimas letras el autor resistió la tentación de hacer un Epílogo con sus propuestas particulares, así de fuerte fue la resistencia a perder el objetivo central del libro.

Objetivo

La obra entonces pretende ser de consulta, especialización y referencia y tiene como Objetivo primordial proveer a los profesionales implicados en el funcionamiento de la Organización de la Salud en Colombia y a los estudioso del sector de una herramienta didáctica, accesible, precisa, integral y bien diseñada para comprender la Organización de la Salud en Colombia desde una perspectiva normativa, ideológica y funcional, con el fin de mejorar su desempeño y así contribuir al óptimo funcionamiento del sector salud, siempre en función de la salud de las personas.

Beneficiarios

Se verían beneficiados con la realización de este proyecto estudiantes y profesores de pregrado y postgrado del sector salud del país y el exterior; ejecutivos del sector salud en Colombia; trabajadores que apenas están empezando su trasegar en el sector salud en Colombia o que llevan años allí pero solo conocen bien el entorno de su trabajo y desconocen todo sobre el conjunto de la Organización de la Salud en Colombia.

Los grupos a quienes está destinada la obra son los estudiantes de las ciencias de la salud o incluso de las ciencias administrativas, económicas y de derecho cuando se ocupan de este tema. A nivel de especialistas, se pretende que sea útil en posgrados de todos los niveles (especialización, maestría y doctorado), especialmente en salud pública y diferentes especializaciones en gerencias de servicios de la salud. También se aspira a servir a investigadores en el ámbito nacional e internacional y, decididamente, se pretende brindar una poderosa herramienta de capacitación a ejecutivos del sector salud (principalmente), abogados litigantes en el sector y hasta jueces y funcionarios de entidades de control del estado que requieran conocimientos del sector salud.

Con relación a los públicos institucionales, se busca apoyar a aquellas instituciones donde se dictan carreras y/o especializaciones que puedan ser objeto de este libro, las sociedades científicas, profesionales y otras instituciones y/o asociaciones interesadas en el sector salud

Finalmente hay que reiterar que el libro pretende abarcar un público objetivo amplio que va desde los funcionarios de la salud del país (que podrían llegar a contar con él como lectura obligada) hasta los académicos locales y de toda Latinoamérica y como guía de estudio al personal de salud en formación, fundamentalmente en postgrados de gerencias de servicios de salud, así como maestrías y doctorados en epidemiología, salud pública y demás áreas orientadas al sector.

Ello se ve reforzado por el hecho de que no existen libros y publicaciones en el medio que le asemejen en su contenido, el tema es bastante complejo y se aborda desde lo temático, con un corte trasversal de cada tema, no de norma en norma como suele hacerse en estos casos, lo que lo hace fuente de consulta viable ante una duda, y al referenciar la fuente primaria (norma, investigación, artículo) permite al lector profundizar el tema explicado si lo requiere. Además, a pesar de ser un tratado está presentado en forma pedagógica, a modo de manual, amigable y tan bien redactado como se ha podido.

PRIMERA PARTE:
FUNDAMENTOS DEL SGSSS

1. CIMIENTOS HISTÓRICOS Y CONCEPTUALES

1.1 Algunos conceptos fundamentales[1]

1.1.1 Sistemas de salud y seguridad social

Breve reseña histórica de la seguridad social

La Seguridad Social nace en Alemania como producto del proceso de industrialización, la organización de los trabajadores en asociaciones solidarias y sindicatos y la presión de varios sectores. Impulsadas por el Canciller Alemán Otto Von Bismarck son refrendadas tres leyes sociales, que representan hasta hoy, la base del Sistema de Seguridad Social Universal: el seguro contra enfermedad (1883), el seguro contra accidentes de trabajo (1884) y el seguro contra la invalidez y la vejez (1889).

[1] Otros temas que son parte integrante de este el capítulo se han movido al último el capítulo del libro con fines estrictamente didácticos, pero pueden ser ubicados por el lector en el capítulo 10.1 “Prevención de la enfermedad y promoción de la salud” (página 526)

Los resultados de la aplicación de este Modelo fueron llevados a Europa y un poco más tarde a otras partes del mundo. En 1889, en París se creó la "Asociación Internacional de Seguros Sociales".

En 1919, por el Tratado de Versalles se da fin a la Primera Guerra Mundial a la vez que se da origen a varios organismos multilaterales, entre ellos la Organización Internacional del Trabajo OIT. El Preámbulo de la Constitución de la OIT trata acerca de la política de Seguridad Social.

Otro ingrediente de la Seguridad Social es introducido desde Inglaterra por Sir W. Beveridge en 1942. Se conoce como el "Plan Beveridge", que contiene una concepción mucho más amplia de la seguridad social. Tiende a contemplar las situaciones de necesidad producidas por cualquier contingencia y trata de remediarlas cualquiera que sea su origen: “Aliviar el estado de necesidad e impedir la pobreza es un objetivo que debe perseguir la sociedad moderna y que inspira el carácter de generalidad de la protección".

Este segundo componente fue adoptado por países europeos y se procuró extender a América Latina y otras partes del mundo. En 1944, la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo congregada en Filadelfia presenta la Declaración de los fines y objetivos de la OIT y de los principios que debieran inspirar la política de sus miembros. La Seguridad Social adquiere entonces tal relevancia que aparece en 1948, como parte integrante de la Declaración de los Derechos Humanos.

Colombia ha ratificado ocho convenios con la OIT que tienen relación con la seguridad social, y, de acuerdo al nuevo marco constitucional, estos hacen parte de la legislación interna, y ha dejado de suscribir 22 de ellos.

Una de las definiciones de seguridad social más novedosas y que van tejiendo el paradigma hoy en boga de Protección Social, es esta:

"SEGURIDAD SOCIAL es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que de otra manera derivarían de la desaparición o de una fuerte reducción de sus ingresos como consecuencia de enfermedad, maternidad, accidente del trabajo o enfermedad profesional, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos. Los programas de asignaciones familiares, de salud pública, de asistencia social, de empleo y otros, de carácter no contributivo y financiado a través del fisco, pasan a integrar junto al seguro social, el universo de políticas de seguridad social".

(Oficina Internacional del Trabajo –OIT, 1991)

Desde una interpretación económica, el objetivo primordial de la seguridad social es garantizar a las personas que su calidad de vida no sufrirá un deterioro significativo a raíz de alguna contingencia que interrumpa o reduzca sus ingresos y la capacidad de generación del mismo. En esta medida, la seguridad social se constituye como parte de la política social del Estado, la cual en un sentido amplio, cubre las formas de protección de las necesidades sociales y del bienestar material comunes a una población. Se trata, en pocas palabras de un bien meritorio elegido por las sociedades para brindar protección a los individuos, quienes en un escenario de libre mercado se encuentran sometidos a la incertidumbre y a otros problemas de información que no garantizan su bienestar en el largo plazo.

Principios de la seguridad social

Se suelen enunciar varios principios en que se basan los sistemas de seguridad social entre los que se destacan[2]:

- **Universalidad:** Se da en dos dimensiones, que podrían representarse en un plano cartesiano para observar la universalidad de cada sistema: Cobertura e Integralidad.
  - **Cobertura:** Se refiere a que todos los hombres deben estar amparados por la seguridad social, lo cual deriva de la naturaleza del derecho humano fundamental de la Seguridad Social.
  - **Integralidad:** Implica que la seguridad social debe cubrir todas las contingencias o riesgos a las que está expuesto el hombre que vive en sociedad.
- **Solidaridad:** Consiste en que cada persona aporte al sistema de seguridad social según la capacidad contributiva y reciba prestaciones de acuerdo a sus necesidades

[2] Modificado de: Guía para la impartición de una jornada sindical sobre seguridad social. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Centro Internacional de Formación. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Oficina de Actividades para los Trabajadores - ACTRAV Proyecto Seguridad Social para Organizaciones Sindicales – SSOS. Sin fecha. En: http://white.oit.org.pe/spanish/260ameri/oitreg/activid/proyectos/actrav/proyectos/proyecto_ssos/publicaciones/documentos/guiajornadaseguridadsocial.pdf

(redistribución de la riqueza con justicia social).

- **Igualdad:** Indica que todos los hombres deben estar amparados igualitariamente ante una misma contingencia (respuesta no diferenciada).
- **Suficiencia:** Implica que la prestación debe cubrir en forma plena la contingencia de que se trate.
- **Participación:** Significa que la sociedad debe involucrarse en la administración y dirección de la seguridad social a través de sus organizaciones representativas.
- **Unidad:** Articulación de políticas, instituciones, procedimientos y prestaciones, a fin de alcanzar su objetivo

La seguridad social en Colombia: Antecedentes[3]

La Ley 57 de 1915 se considera la pionera en materia de Seguridad Social para los trabajadores del sector privado. En ella se consagró la obligación por parte de ciertos empleadores y empresas de brindar asistencia médica y a indemnizar por accidente o muerte. Fue la primera Ley que habló de accidentes de trabajo. La Ley 37 de 1921 implementa el seguro obligatorio de vida.

Uno de los acontecimientos más importantes en tal sentido fue la reforma constitucional de 1936, que introdujo varios cambios de tipo social, que influyeron en la política laboral del país. Así, el Estado colombiano se plantea que "la salud es un deber del Estado y la base del progreso nacional" y acude a dos fórmulas: la salud como política del Estado y el manejo técnico de la organización sanitaria. A partir de 1936 se da una evolución legislativa que comenzó con la expedición de varias leyes, como la Ley 53 de 1938 que reconoce la protección a la maternidad, la Ley 96 de 1938 por la cual se crea el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social y la Ley 6 de 1945 por la cual se creó la Caja Nacional de Previsión Social. El Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social es creado en 1938, como resultado de una fusión entre la política social-laboral y la política sanitaria. Para tener un panorama de la atención médica entonces basta saber que para 1940 sólo hay tres facultades de medicina en el país y la población es de acentuado predominio rural.

[3] Para estudiar, en paralelo a este tema, el desarrollo de la red pública hospitalaria véase la sección 6.1 Evolución histórica de la red prestadora en Colombia (página 321)

La teoría de la seguridad social plantea que un Estado que pretende favorecer las libertades civiles y ser mediador de los conflictos en las relaciones de producción, debe participar en el proceso de indemnización. Es así que bajo la concepción bismarckiana de la seguridad social y con el auspicio de la Organización Internacional del Trabajo OIT y del plan Beveridge, Colombia promulga la Ley 6ª de 1945 que consagra los derechos a pensiones, salud y riesgos profesionales de los trabajadores. Luego, con la Ley 90 de 1946 se instauró un sistema de seguro social en Colombia y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales - ICSS, adscrito al Ministerio, y crea el seguro social obligatorio que debería cubrir los riesgos de enfermedades no profesionales y maternidad; accidente de trabajo y enfermedad profesional; invalidez y vejez y muerte. La Caja Nacional de Previsión Social CAJANAL fue fundada meses más tarde para los trabajadores gubernamentales del nivel central. Y en el mismo año el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social se escinde en Ministerio de Higiene y Ministerio de Trabajo.

Por aquellos años se amplía la oferta de Previsión Social para garantizar los beneficios de cesantías, auxilios por enfermedad y gastos de entierro a otros trabajadores públicos: Policía, Banco de la República, magisterio, Ecopetrol, además de innumerables Cajas departamentales y municipales, y otras entidades. Mucho antes, la Ley 82 de 1912 había creado la pionera “Caja de Auxilios de los Ramos Postal y Telegráfico”, pero sólo hasta 1960 ésta se transformaría en Caja de Previsión Social de Comunicaciones CAPRECOM, entidad pública adscrita al ministerio de comunicaciones, que en 1995 pasaría a adscribirse al ministerio de salud.

En 1964 con el decreto 3170 se reglamentan los seguros de accidentes de trabajo y enfermedad profesional. El ICSS nace como un establecimiento privado para los empleados particulares con régimen económico tripartito con aportes de los patronos, de los trabajadores y del Estado. En 1967, se estructuraron los seguros económicos de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP). En 1973 el gobierno convirtió el aporte al ICSS en bipartito y se auto-eximió de la deuda adquirida hasta esa fecha, pero conservando todo su poder.

El Decreto Ley 433 de 1971 modificó la Ley 90 de 1946. En razón del advenimiento del Sistema Nacional de Salud SNS por medio del decreto Ley 148 de 1976 el ICSS tendría que acogerse a las nuevas reglas del juego, por lo que en 1977 se expidieron los decretos legislativos 1650 y siguientes, los cuales reorganizan el ICSS para crear el Instituto de los Seguros Sociales ISS como un establecimiento público, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, adscrito al Ministerio del Trabajo y Seguridad Social. Previamente, y ante una tozuda huelga, se había creado la extraña figura de “funcionarios de la seguridad social”, un híbrido, en que los funcionarios del ISS, siendo empleados públicos, tenían la posibilidad de negociar convenciones

colectivas de trabajo. Esta figura, fuertemente onerosa para el sistema, fue derogada en 1996 por la Corte Constitucional.

Con la implementación del Sistema Nacional de Salud en 1975, el ICSS tendría que acogerse a las nuevas reglas del juego, por lo que en 1977 se expidieron los Decretos Leyes 1650 y siguientes, los cuales reorganizan el ICSS para crear el Instituto de los Seguros Sociales ISS como un establecimiento público, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

El Decreto 2148 de 1992 cambia la naturaleza jurídica del ISS a Empresa Industrial y Comercial del Estado, figura que se conservaría con la Ley 100 de 1993, en que adquiere triple función de asegurador: Entidad Promotora de Salud EPS, Administradora de Fondos de Pensiones AFP y Administradora de Riesgos Profesionales ARP, además de contar con prestación de servicios de salud con una amplia red de IPS.

La seguridad social con la aparición del SGSSS

De las 1.039 Cajas de Previsión Social existentes en el momento de ponerse en firme la Ley 100 de 1993, casi la totalidad no encontraron lugar bajo el nuevo modelo y decidieron liquidarse, pero otras tuvieron diferentes destinos. Algunas pasarían a convertirse en regímenes de excepción (magisterio, ECOPETROL, fuerzas armadas). Otras 31 se convertirían en la figura transitoria de Entidades Adaptadas en Salud - EAS, pero 10 de ellas se convertirían al régimen especial de las universidades públicas (Ley 647 de 2001) y casi todas las otras 21 han ido liquidándose (quedan dos).

Sólo cuatro cajas de previsión hicieron su tránsito a constituirse como EPS, dos de ellas nacionales: Cajanal, como EPS-C y Administradora de Fondos de Pensiones AFP, y Caprecom, que se convierte en 1995 en AFP y en EPS para ambos regímenes (deja el régimen contributivo en 2005), y actualmente es la única EPS-S nacional de carácter público y la EPS-S con mayor número de afiliados en el país. O sea que del antiguo subsistema de previsión no queda prácticamente nada. Fue la muerte del oligopolio público de la seguridad social.

El ISS, por su parte, adquirió la triple función de asegurador como EPS del régimen contributivo (de lejos la más grande del país en esos tiempos de implementación), así como en pensiones y riesgos profesionales, además de contar con prestación de servicios de salud con una amplia red de IPS.

En 1998 la Superintendencia de Salud impone una sanción a la EPS-C del ISS en que le prohibía realizar nuevas afiliaciones y realizar acciones de mercadeo e inversiones, con lo que obliga un flujo

en un solo sentido: Salen usuarios, pero no se reponen y envejecen los afiliados, pero no hay recambio con las nuevas generaciones. De 10,2 millones de afiliados compensados por el ISS en 1996, se pasó a 7,5 en 1998 y a 2,8 en 2003.

El debacle de las EPS públicas nacionales: Crónica de una Muerte Anunciada

Iniciando este siglo se sentía un ambiente turbulento con relación al futuro de las EPS públicas. Ya en 2002 el gobierno recién posesionado planteaba que "a pesar de los innegables progresos en cobertura y equidad, la operación del aseguramiento […] enfrenta deficiencias que deben corregirse. Estas afectan en especial al ISS: Gastos insostenibles, insuficiencias en los sistemas de información y control que afectan el recaudo por afiliaciones y favorecen los sobrecostos en la prestación de los servicios de salud y en la facturación de las IPS propias y contratadas. Estos problemas no sólo hacen inviable la operación del ISS, sino que afectan la del mercado de aseguramiento, la situación financiera de su red de prestadores y la garantía en la prestación de los servicios a los afiliados. Se han identificado problemas de solvencia para cumplir compromisos con los proveedores, deficiencias en los sistemas de información, en los procesos administrativos dirigidos al usuario y en su capacidad para organizar los procesos de atención incluida las acciones de promoción y prevención. Un comportamiento similar exhiben Cajanal y Caprecom, las otras dos grandes EPS públicas".

La Ley 790 de diciembre 27 del 2002 le otorgó facultades extraordinarias al Presidente para reestructurar el Estado, aclarando que "no se puede suprimir, liquidar, ni fusionar el Sena, el ICBF y el ISS". En uso de estas facultades se promulga el Decreto 1750 de 26 de junio de 2003 "por el cual se escinde el ISS y se crean unas Empresas Sociales del Estado ESE". Esta desmembración implicó la separación de la prestación de servicios de salud de los negocios de aseguramiento (salud, pensiones y riesgos profesionales) del ISS de tal manera que la red propia del ISS conformada por 234 centros de Atención Ambulatoria (CAA) y 37 clínicas en todo el país queda dividida en siete ESE regionales de orden nacional., que en los años siguientes han ido liquidándose.

A su vez, el Decreto 4409 de 2004 ordena la disolución de Cajanal EPS apoyado en las facultades dadas al Presidente por la Ley 489 de 1998 para liquidar empresas que hayan perdido su razón de ser o cuando los resultados de las evaluaciones de la gestión administrativa efectuados por el Gobierno así lo aconsejen.

De acuerdo con la Ley 1122 de 2007, las EPS-C de naturaleza pública deben contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las ESE escindidas del ISS siempre y cuando exista

capacidad resolutiva y se cumpla con indicadores de calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas.

De manera casi coincidente, fueron promulgados a principios de 2007 tres fuentes de derecho que dan la partida de defunción al ISS EPS-C: El documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social Conpes número 3456 "Estrategia para garantizar la continuidad en la prestación pública de los servicios de aseguramiento en salud, aseguramiento en pensiones de régimen de prima media con prestación definida y aseguramiento en riesgos laborales", en el cual se señala que el ISS debe dejar sus negocios; La Resolución 028 de 2007 de la Superintendencia Nacional de Salud que cancela la licencia de funcionamiento a la EPS del ISS; y el decreto 055 de 2007 del Ministerio de la Protección Social en el cual se reglamenta el traslado de los afiliados de la EPS del ISS a la actualmente denominada "Nueva EPS" que, según el Conpes, ha quedado conformada una nueva sociedad, Nueva EPS, constituida por la aseguradora pública Previsora Vida S.A. como socio minoritario y, como socio mayoritario, seis cajas de compensación familiar (Caja de Subsidio Familiar - Colsubsidio, Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca - Comfenalco Valle, Caja de Compensación Familiar - Comfenalco Antioquia, Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca - Comfamiliar Andi, Caja de Compensación Familiar - Cafam, Caja de Compensación Familiar Compensar).

Para Caprecom, en cambio, las cosas no han sido tan radicales. En 2005 la EPS abandonó voluntariamente sus pocos usuarios del régimen contributivo y entró en un plan de reestructuración. La EPS-S de Caprecom es de hecho la mayor del país actualmente, cubre 32 departamentos y más de 450 municipios. Y, tras otras varias medidas protectoras como el control al traslado de usuarios del régimen subsidiado durante el periodo 2003-2006, la Ley 1122 de 2007 prescribe que la afiliación inicial de desplazados y desmovilizados a cargo del FOSYGA se hará a una EPS-S de naturaleza pública del orden nacional (una forma larga de decir Caprecom).

1.1.2 Sistemas de salud

Se llama Sistema de Salud al conjunto de valores, normas, instituciones, establecimientos, programas de actores y de actividades cuyos objetivos son promover la salud, prevenir y controlar la enfermedad, atender a los enfermos e investigar y capacitar en estos campos.

En presentación de Ramón Granados Toraño (PhD OPS/OMS)[4], se clasifican los sistemas de estructuración y financiamiento de servicios de salud bajo cinco modelos:

- Modelo "Bismarck" o de seguridad social en salud, basado en el principio de la seguridad social obligatoria con financiación tripartita (obrero, patrón, Estado), es un modelo esencialmente público. El modelo de salud por antonomasia de este tipo es el de Alemania.
- Modelo "Beveridge" o sistemas nacionales de salud, es financiado a través de impuestos generales, de carácter público e integrado. Su paradigma es el SNS británico.
- Modelos de mercado privado de salud, financiados con recursos de las familias o seguros privados en que los planes se fijan acorde a la capacidad de pago. La intervención del Estado queda restringida a atención de ancianos, indigentes y "salud pública". Su prototipo es el sistema de salud de Estados Unidos.

Estos tres modelos pueden coexistir en un sistema dando lugar a modelos heterogéneos (híbridos o mixtos regulados), así:

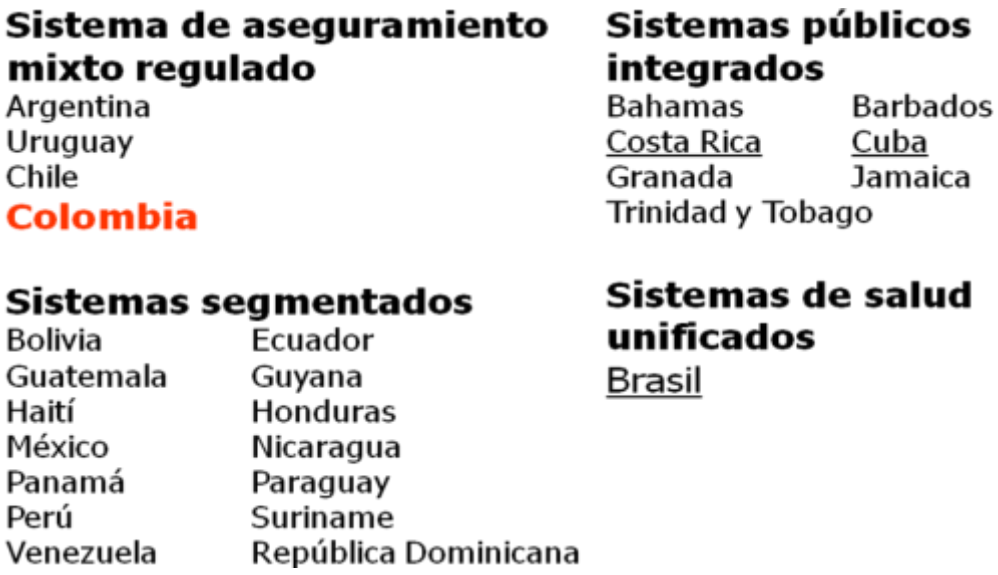
- Modelos híbridos, se caracterizan por la segmentación del sistema en tres subsistemas independientes (como ocurría en Colombia bajo en anterior sistema): subsistema de seguridad o previsión social, subsistema hospitalario y subsistema privado. La respuesta a los usuarios suele ser totalmente diferenciada dependiendo del subsistema. Es una mezcla público/privado en que predomina el gasto privado y se caracteriza por bajas coberturas individuales y colectivas y débil capacidad reguladora del estado. Predomina aún en varios países de América Latina.
- Modelo mixto regulado, se basa en la atención gerenciada en salud, la contención de costos y un paradigma gerencial incluso para los servicios hospitalarios, basado en eficiencia y calidad. Se plantean incentivos económicos a los actores de modo que el dinero sigue al paciente. Se hace focalización de los pobres para asignar eficientemente el gasto. Es representativo de éste el modelo colombiano actual.

En América Latina, la tendencia que se ha observado desde la década de 1990 con respecto a la seguridad social ha sido la privatización total o parcial de los sistemas de pensiones y salud, denominada reformas de tipo estructural. Sin embargo la realidad muestra que la seguridad social no

[4] En: http://sistema.saude.sp.gov.br/eventos/Palestras/29-11-2007%20-%20Seminario/Mesa_2%20Tendencias%20e%20Reformas%20dos%20Sistemas%20de%20Saude/Ramon_Granados.pdf. Consultado: marzo de 2008

se ha universalizado y la cobertura, en términos generales es baja y está en franco estancamiento. Una de las razones por las cuales la cobertura no logra la universalidad, puede estar en la rigidez para adaptarse a los cambios que se presentan en otros sectores, como el mercado laboral.

Gráfico No 1. Tipología de los sistemas de salud en América



Fuente: APS renovada, documento de posición OPS (2005)

1.1.3 Características del modelo de aseguramiento

Dentro de los lineamientos generales que se han visto hasta aquí, queda claro que el SGSSS tiene como uno de sus pilares fundamentales el aseguramiento, al menos en lo que se refiere a las prestaciones de salud que los neoclásicos llaman bien privado puro: El componente asistencial o sea las prestaciones que se agotan en el consumo individual.

Definiciones en aseguramiento[5]

De la teoría de aseguramiento se toman aquí algunas definiciones que permitan entender el modelo en su estructura general. Más adelante se verán otras concepciones basadas en el mismo aseguramiento pero que identifican a la salud (y demás prestaciones sociales) como bien preferente meritorio, como son el seguro social y la protección social.

Un **SEGURO** es un contrato por el cual el asegurador se obliga con el asegurado, mediante el cobro de una prima a abonar, dentro de los límites pactados, un capital u otras prestaciones convenidas, frente a un daño inevitable e imprevisto cuyo riesgo es objeto de cobertura.

Asegurador es la empresa que asume la cobertura del riesgo, previamente autorizada a operar mientras que **Asegurado** se refiere al titular del interés sobre cuyo riesgo se toma el seguro. Y **Prima** es la retribución o precio del seguro cuyo pago es de cargo del contratante o asegurado.

Riesgo es la probabilidad de ocurrencia de un siniestro previsto en las condiciones de póliza. **Siniestro** es el acontecimiento o hecho previsto en el contrato, cuyo acaecimiento genera la obligación de indemnizar al asegurado. A su vez, se entiende por **cobertura** (o **amparo**) la responsabilidad asumida por un asegurador en virtud del cual se hace cargo, hasta el límite estipulado, del riesgo y las consecuencias económicas derivadas de un siniestro.

Las **tablas actuariales** reflejan la probabilidad de enfermar o morir de las personas en función de su edad y sexo (más los análisis epidemiológicos y de frecuencia de uso a que haya lugar), para hacer un **ajuste de riesgo**, que se refiere al uso de información, que permita calcular los gastos médicos esperados de los consumidores en un intervalo de tiempo.

Para terminar, la expresión **carencia** define el período durante el cual el asegurado paga primas pero no recibe la cobertura prevista en la póliza.

Ahora bien, según la Ley 1122 de 2007 que reforma al SGSSS, se entiende por **ASEGURAMIENTO EN SALUD**, "la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud".

---

[5] Tomado y resumido de: Enciclopedia y Biblioteca Virtual de Economía ENVI www.eumed.net (Consultado: diciembre de 2007)

Con estas definiciones podemos dar una mirada al SGSSS, que se observa en el siguiente cuadro mostrando de las equivalencias terminológicas de la jerga del aseguramiento en los dos regímenes ordinarios del SGSSS:

Cuadro No. 1. Esquema del modelo de aseguramiento en salud en Colombia

Expresión	Equivalente en régimen contributivo	Equivalente en régimen subsidiado
Asegurador	Entidad Promotora de Salud del régimen contributivo (EPS-C)	Entidad Promotora de Salud del régimen Subsidiado (EPS-S)
Asegurado	Afiliado con su grupo familiar	Beneficiario del subsidio con su grupo familiar dado el caso
Prima	Cotización obrero patronal	Subsidio a la demanda
Riesgo	Enfermedad general y maternidad (EGM)	
Siniestro	• Incidencia/ prevalencia de enfermedad y mortalidad • Frecuencias de uso del servicio	
Cobertura	Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo (POS-C)	Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado (POS-S)
Ajuste de riesgo	Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo (UPC-C)	Unidad de Pago por Capitación del régimen subsidiado (UPS-S)
Carencia	Periodos mínimos de cotización	-

Fuente: Diseño propio

Es del caso aclarar que la UPC no se corresponde a la prima del aseguramiento como a veces se interpreta, sino que es el factor de ajuste de riesgo de cada régimen.

Fallos en los Mercados de Seguros de Salud

Expone Tartakowsky (Universidad de Chile) que los principales fallos de mercado del seguro de salud son la enorme asimetría de información entre asegurador y asegurado, el riesgo moral y la selección adversa.

El **Riesgo Moral** (*Moral Hazard*) se asocia a la eventualidad de que la presencia de un seguro, produzca cambios en el comportamiento de los agentes involucrados, consumidor o prestador del servicio.

El riesgo moral por el lado del prestador, llamado también **Demanda Inducida** (prestador motivado a sobreoferta de atenciones médicas), obedece a que el consumidor tiene menos información para definir las acciones a seguir en salud o a que la función de utilidad del prestador está condicionada por sus propias ganancias pecuniarias.

El riesgo moral por parte de los consumidores de servicios de salud obedece a que se ha reducido la sensibilidad de su demanda por cuidados médicos respecto al precio, incrementando el costo para el asegurador, bien por un consumo innecesariamente alto o por disminuir el consumidor el cuidado de su propia salud.

A su vez, el problema de **Selección Adversa** se refiere a que para un determinado plan de aseguramiento y una prima dada, sólo contratarían los servicios del seguro aquellos clientes más riesgosos, autoexcluyéndose quienes posean riesgos menores.

Es así como, las compañías aseguradoras en salud, con el fin de protegerse de clientes que les acarreen potenciales pérdidas, como ancianos o pacientes de enfermedades graves ya diagnosticadas, pueden incurrir en elevados gastos de administración y en la creación de barreras a la inscripción lo que se conoce con el nombre de **Selección de Riesgos**. Estos mecanismos generan una situación de **Descreme de Mercado** en que las empresas de seguros intentan capturar a los consumidores de bajo riesgo y evitar a los más riesgosos.

Valga anotar que en el argot de la salud en Colombia tienden a confundir el fallo del asegurador/prestador (selección de riesgos) con el del usuario (selección adversa).

Con estas definiciones podemos dar una mirada crítica al modelo de aseguramiento en el SGSSS, como se observa en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 2. Esquema de fallos de mercado de aseguramiento en salud en Colombia

Actor del SGSSS que distorsiona	Fallo de mercado de aseguramiento	Medidas reguladoras aplicadas en el SGSSS
Asegurador	**Selección de riesgos**	• Ajuste de riesgo: Plan Obligatorio de Salud (POS) • Prohibición de escindir unilateralmente la afiliación • Prohibición de negar afiliación por la aplicación de preexistencias y exclusiones • Se obliga a las EPS a que mantengan dentro de sus afiliados una participación mínima de mujeres entre 15 y 44 años y personas mayores de 60 años • Reaseguro de enfermedades catastróficas: Cuenta de alto costo
	Descreme de mercado	• Fijación de primas universales y no aplicadas diferencialmente a cada individuo • Competencia en aseguramiento y administración
	Asimetría de información	• Estandarización de los planes de beneficios: POS • Equilibrar el diferencial de información entre proveedores y consumidores: Divulgación de deberes y derechos y carta de compromiso
Prestador	**Demanda inducida**	• Aseguradores (EAPB) practican auditorías a sus prestadores • Mecanismos de pago que apuntan a compartir el riesgo con el prestador: Modalidades por capitación, global prospectivo o grupo diagnóstico

Actor del SGSSS que distorsiona	Fallo de mercado de aseguramiento	Medidas reguladoras aplicadas en el SGSSS
Usuario	**Selección adversa**	• Universalizar la cobertura del seguro: Obligatoriedad de la afiliación (salud como "derecho irrenunciable") • Períodos de carencia • Unidad de Pago por Capitación (UPC) • Pago de las licencias de enfermedad y maternidad con recursos adicionales • Exigencia de períodos mínimos de cotización • Criterios para seleccionar a los beneficiarios del régimen subsidiado • Cobertura de riesgos adicionales (SOAT, ARP)
	Riesgo moral	• Cuotas moderadoras [el coseguro –copago- es en cambio para cofinanciar la prestación del servicio por parte de los beneficiarios] • Barreras de acceso a servicios/ Centrales de autorización

Fuente: Diseño propio

Naturalmente que si se concibe al estado como un actor neutral (que no siempre lo es, pero eso sería asunto de un texto de economía política), ocurre que en un sistema de salud mixto regulado como es el colombiano estas medidas de regulación deberían ser tomadas por éste. En el cuadro se resaltan con un asterisco (*) unas medidas tomadas usualmente por los aseguradores (o por los prestadores cuando existe transferencia del riesgo), lo que a su vez las convierte a la larga en otros tantos fallos de mercado. El círculo vicioso es de nunca acabar, lo que hace que la normatividad del SGSSS sea fuertemente reactiva.

Con esto, resulta obvio que los dos grandes criterios reguladores proveedores de equidad del modelo de aseguramiento del SGSSS son el Plan Obligatorio de Salud POS y la Unidad de Pago por Capitación UPC, ausentes en otros sistemas de salud integrados semejantes al colombiano.

Un fallo específico del SGSSS que no se incluye en el cuadro enunciado es lo relacionado con la concepción del siniestro. Si bien el siniestro para el sistema de salud corresponde a la ocurrencia de eventos que afecten la salud de las personas, medidos por indicadores de incidencia/ prevalencia de enfermedad y mortalidad, es bien claro que para el asegurador la racionalidad no es esa, sino que deben hacer control sobre las frecuencias de uso del servicio, que son las que comprometen sus ganancias pecuniarias. Si este análisis fuera cierto no tendría objeto que los aseguradores tuvieran bajo su manejo ninguna actividad generadora de altas externalidades positivas (promoción de la salud y prevención de la enfermedad) ya que su interés no estaría en la salud, sino en el uso, y como las acciones de salud pública son derivadas de lo que en la teoría de riesgos en salud se llama "necesidad no sentida" y requieren "demanda inducida" según la misma reglamentación (acuerdo 117 de 2001 del CNSSS), es muy fácil desincentivar el uso, simplemente ignorando al usuario.[6]

[6] Para complementar lo visto hasta acá, léase el numeral 9.1.2 "Aseguramiento en el SGSSS" (página 419)

1.2 Políticas públicas en salud[7]

El propósito de esta sección es presentar una serie de formulaciones y modelos teóricos sobre la implementación de políticas públicas de salud que de alguna manera inciden en la puesta en práctica del Sistema general de Seguridad Social en Salud - SGSSS; es bien posible que existan formulaciones teóricas también importantes que no hayan sido consideradas aquí pues se propone hacer referencia sólo a las que el autor considera las más relevantes.

Cuadro No. 3. Documentos de posición sobre Políticas públicas en salud

Año	Documentos OPS/OMS	Documentos BM/BID
1965	Prevención de la Enfermedad	
1978	Atención Primaria en Salud (APS)	
1986	Promoción de la Salud	
1987	„	Una Agenda para la Reforma
1993	„	Invertir en salud
1997	„	Pluralismo Estructurado
2001	Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)	
2002		Manejo Social de Riesgo (MSR)
2005	Atención Primaria en Salud renovada (APS renovada)	

[7] Otros temas que son parte integrante de este el capítulo se han movido a otras partes del libro con fines estrictamente didácticos, pero pueden ser ubicados por el lector, principalmente la sección 2.6.1 “Manejo Social del Riesgo” y la primera parte del el capítulo 3.4 “La focalización del gasto público social y su aplicación en Colombia (…)”

Año	Documentos OPS/OMS	Documentos BM/BID
2007	Capacidades en Salud Pública (CSP)	
2008	Determinantes Sociales de la Salud	

Hasta finales de los años 80 los desarrollos sobre los sistemas de salud en el mundo provenían de la Academia (Prevención de la Enfermedad[8], 1965) y la Organización Mundial de la Salud (Atención Primaria en Salud[9] en 1978, Promoción de la Salud[10] en 1986 y años siguientes). Por esta época las entidades multilaterales de crédito empezaron a formular un cuerpo de doctrina que modificaría los nuevos sistemas de salud en América Latina; es así que fueron promulgados los documentos de posición del Banco Mundial "Una Agenda para la Reforma"[11] (1987) e "Invertir en salud"[12] (1993) y el documento "Pluralismo estructurado"[13] (1997) del Banco Interamericano de Desarrollo. Sobre el tratado de 1993 se trazaría el eje básico a la reforma de salud, en Colombia, que daría lugar al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS (libro II de la Ley 100 de 1993, reordenado según Ley 1122 de 2007) y, a su vez, éste documento sería el inspirador del modelo Pluralismo estructurado.

Al respecto, el documento "Una agenda para la reforma" (BM, 1987) plantea como estrategias fundamentales el cobro de aranceles a los usuarios según su capacidad de pago, el aseguramiento en el sector salud para aliviar las finanzas públicas, incorporar al sector privado al sector salud y la descentralización para mejorar la eficiencia en los servicios y el recaudo tributario. A su vez, el documento Invertir en salud (BM, 1993) establece como lineamientos: Fomentar entornos económicos que permitan a las familias mejorar su nivel de salud, mejorar el gasto público en salud y promover la diversidad y la competencia.

---

[8] Leavell HR, Clark HG (1965). Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach, tercera edición. Nueva York, McGraw-Hill Book Co

[9] Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud. Alma Ata (Kazakstán), 1978

[10] Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. Primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Ottawa, 1986)

[11] Banco Mundial. El Financiamiento de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollo: Una agenda para la reforma. Departamento de Población, Salud y Nutrición del Banco Mundial. Washington, 1987

[12] Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial. "Invertir en salud". Washington, 1993

[13] Londoño, JL; Frenk, J. Banco Interamericano de Desarrollo (Documento institucional). "Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina". Washington, 1997

Terminando la década de los noventa, como Propósito de la Iniciativa la Salud Pública en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (oficina regional de la Organización Mundial de la Salud) (OPS/OMS) se plantea "Mejorar las Prácticas Sociales en Salud Pública y fortalecer las capacidades de la Autoridad Sanitaria en Salud Pública, con base en la definición y medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)", entendiendo las FESP como los procesos y movimientos de la Sociedad y del Estado que constituyen condiciones *sine qua non* para el desarrollo integral de la salud y el logro del bienestar y que, como tales, orientan y modulan la organización y el comportamiento de los campos, sectores y actores que componen una Sociedad dada[14].

Es así que luego de años de distanciamiento entre las posiciones del BM y la OMS, esta última reconoció la necesidad de establecer orientaciones a los sistemas de salud existentes bajo el nuevo modelo económico y publicó los documentos "Funciones Esenciales de salud Pública"[15] en 2000 y "Atención Primaria en Salud Renovada"[16] en 2005 y 2007.

En documento sobre Redes Integradas de Servicios de Salud de OPS/OMS[17] se hace un análisis de los Principales resultados y problemas de las reformas sectoriales de salud en las décadas de 1980 y 1990 en los países de ALC, y se muestra que en el marco de estas reformas macroeconómicas, "los países de la región implementaron una serie de reformas a sus sistemas de salud, con un fuerte énfasis en medidas para incrementar costo-efectividad, lograr sostenibilidad financiera, promover la descentralización, y otorgar un rol más importante al sector privado. Esas reformas se vincularon a los procesos de ajuste macroeconómico, reducción del tamaño y rol del Estado y desregulación de los mercados. Dichos procesos de reforma en salud tuvieron resultados diversos, y hoy se puede observar como algunas de las reformas implementadas durante estas décadas agravaron aún más los fenómenos de segmentación, fragmentación y segregación poblacional señalados previamente".

---

[14] Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. 126ª Sesión del Comité Ejecutivo: Funciones Esenciales de Salud Pública. Washington, D.C., 26 al 30 de Junio de 2000. Washington, D.C.: OPS/ OMS; 2000.

[15] Organización Panamericana de la Salud (oficina regional de la Organización Mundial de la Salud). Funciones Esenciales de Salud Pública: documento de posición CE126/17 (Esp.). División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud; 2002

[16] Organización Panamericana de la Salud oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). "La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas (Documento de Posición), 2005

[17] OPS/OMS. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Área de Sistemas y Servicios de Salud (HSS). Equipo de Sistemas de Salud y Protección Social (HSS/SP) Oficina de la Subdirección. Washington DC, octubre 2008

En un sesudo análisis de resultados y problemas se pueden identificar elementos que son útiles a la propuesta de análisis.

1.2.1 Atención Primaria en Salud APS

Durante la segunda mitad de los años setentas la OMS, UNICEF, el BM y varios países aventajados, convergieron en la idea una política desarrollo social y sanitario que movilizara los recursos mundiales en apoyo de los países en vías de desarrollo, por medio de tecnologías costo-efectivas, baratas, culturalmente aceptables y accesibles a las necesidades de las poblaciones pobres desprotegidas.

En mayo de 1977 la 30ª Asamblea Mundial de la Salud en su Resolución WHA30.43 expresaba que "La principal meta social de los gobiernos y de la OMS en los próximos decenios debería consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000, un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva".

De allí que la APS se promulgó como estrategia mundial en septiembre de 1978, en Alma-Ata, Capital de la República Socialista Soviética de Kazakstán, durante la Conferencia Internacional que sobre el tema convocaran la OMS y UNICEF tras previos encuentros regionales con líderes sanitarios de países. En la Declaración de Alma-Ata (septiembre 12 de 1978) se ratificaron varios conceptos de larga trayectoria, como la definición oficial de salud:

> "El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"
>
> Organización Mundial de la Salud (OMS), 1946

Allí mismo se plantea la estrategia "Atención Primaria en Salud - APS" y se establece la meta: "Salud para Todos en el Año 2000". En 1979 la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Declaración de Alma Ata mediante Resolución WHA32.30.

***Declaración de Alma-Ata**, punto sexto:*

"La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la

comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria."

La declaración de Alma Ata convoca también a una acción nacional e internacional (gobiernos y organizaciones internacionales) para implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo y, particularmente, en los países en vías de desarrollo, con cooperación técnica y en consonancia con el nuevo orden económico mundial

La salud es entendida como un derecho fundamental, una meta social y un compromiso político del estado, se propende por una distribución equitativa de los recursos en salud y la participación es promulgada como deber y derecho. Plantea que conseguir el nivel más alto posible de salud es un objetivo social prioritario en todo el mundo y este objetivo requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sanitario.

La APS se desarrolla a partir de las condiciones económicas, socioculturales y políticas del país y forma parte integral del sector sanitario y otros sectores del desarrollo social y económico de la comunidad.

Los contenidos mínimos de la APS son educación sanitaria, alimentación y nutrición, agua potable y saneamiento básico, asistencia materna e infantil, planificación familiar, inmunizaciones, prevención y control de enfermedades endémicas locales, tratamientos de enfermedades comunes y traumatismos y provisión de medicamentos esenciales.

La adopción de la APS por el SNS colombiano preveía concepciones limitadas y facilistas que, precisamente, en Alma-Ata se habían intentado evitar a toda costa, lo que llevó a un excesivo optimismo sobre la rapidez de su implementación.

El caso es que la segunda mitad de los setentas es crucial en el entendimiento de lo que conocemos como salud pública en Colombia, por varios aspectos. Uno es el inicio de la visión sistémica de la salud en el país con la puesta en marcha en 1975 del Sistema Nacional de Salud (que luego daría lugar a los fugaces Sistemas Locales de Salud SILOS y, en 1993, al actual SGSSS). Otro es la

consolidación de la integración funcional en los hospitales con la agregación de los servicios de salud pública como salud oral, vacunación, atención materno-infantil y saneamiento ambiental. El tercero es la expedición de la Ley 9ª de 1979 conocido como Código Sanitario Nacional, resultado de exhaustivas investigaciones realizadas por las primeras generaciones de salubristas del país, y que aún está vigente soportando el paso de un cuarto de siglo, un cambio de Constitución y la profunda reforma del modelo de salud.

Lo más interesante de la época es el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), formulado en 1977 por iniciativa de la OMS, e implantado en Colombia en 1979. En junio de 1982, se adoptó la "canalización" en varios departamentos llevando la cobertura de 10% en 1980 a 40% 1983. A principios de 1984 el ministerio sumó la estrategia de las "Jornadas de Vacunación". Los resultados llevaron a coberturas de 60% ese mismo año hasta llegar a más del 90% finalizando la década. Esto convertiría a Colombia en uno de los países modelo de la OMS para la meta SPT-2000.

Según el libro “La OPS y el Estado Colombiano: Cien Años de Historia 1902-2002”, OPS/OMS (Mario Hernández et al) las decisiones para la descentralización municipal se consolidaron a mediados de los ochenta con un conjunto normativo que incluiría una reorientación y recomposición de la política de salud basada en la APS en que se destacan el que llamaría luego "Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo Infantil" (PNSDI), concentrado en los niños menores de cinco años. A su vez, durante el gobierno Barco la APS adquiría un lugar preponderante como eje de la política de salud y la descentralización se desarrolló como prioridad, en función de la legitimidad y del ajuste fiscal y financiero.

A esta altura, era evidente que el SNS no era un verdadero sistema y que cada uno de los subsectores se había desarrollado con total autonomía, produciendo serios desequilibrios e inequidades. El alcance de la descentralización sólo llegó a influir a la red pública, sin afectar a los subsectores de seguridad social y privado, dada la autonomía institucional, técnica y financiera de cada uno de ellos.

Los desarrollos de la salud en el escenario local vivieron un momento de expansión, como parte de la política nacional de salud, en una coyuntura que va de 1990 a 1993 con el paso de la perspectiva administrativa de los Sistemas Locales de Salud - SILOS a la visión estratégica de la promoción de la salud y los municipios saludables en el seno de OPS.

El período que transcurre durante los siguientes tres lustros podría considerarse de doble vía. La OPS daba recomendaciones pero igual recogía experiencias de un país que, si bien tendía a simplificar la APS a un asunto de aplicar medidas de bajo costo y alto impacto para la salud, también

tuvo aciertos innegables como los programas de vacunación masiva que aún hoy soy un modelo a seguir en el mundo y que fueron ideadas en el cuatrienio 1982-1986 en Colombia: la canalización y las jornadas de vacunación. También para destacar el control de la fiebre aftosa y la concurrencia en la formación del personal sanitario y más para lamentar la fallida erradicación de la malaria y la vacilante política ambiental.

Atención Primaria en Salud APS renovada

En Septiembre de 2003, durante su 44º Consejo Directivo, la OPS/OMS convoca a sus Estados Miembros a adoptar una serie de recomendaciones para fortalecer la Atención Primaria de Salud. En respuesta a la convocatoria arriba mencionada, la OPS/OMS creó el "Grupo de Trabajo en APS" en mayo de 2004, para orientar a la Organización sobre futuras líneas estratégicas y programáticas en APS.

De esta convocatoria surge el documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS "Renovando la Atención Primaria de Salud APS en Las Américas" (marzo de 2005), que examina conceptos y componentes de la APS y la evidencia de su impacto, sistematiza las lecciones aprendidas en experiencias de la APS, describe las reformas del sector salud de los últimos 25 años y propone un conjunto de valores, principios y elementos esenciales para construir sistemas de salud basados en APS.

En el documento se plantea que es conveniente efectuar un examen minucioso de la atención primaria de salud en este momento, ya que la mayoría de los países de Las Américas han experimentado profundos cambios durante las tres últimas décadas y la APS continúa siendo un medio válido y adecuado para promover la salud y el desarrollo humano en todo el mundo.

Históricamente, la APS ha sido conceptualizada de diferentes maneras. Para algunos, la APS es simplemente un nivel del sistema de salud; para otros, es un conjunto específico de servicios e intervenciones. Otros conciben la atención primaria como un enfoque para organizar las comunidades en torno a la salud y darles el poder de tomar acciones sobre un amplio rango de determinantes en salud.

Independientemente de las causas, la APS no ha logrado todo lo que sus defensores habían pretendido. Algunos factores percibidos como barreras para la implementación efectiva de la APS incluyen la incapacidad de transformar el sector salud (y las prioridades de salud) desde los enfoques curativos basados en hospitales, a los preventivos basados en comunidades; la

coordinación insuficiente entre comunidades y agencias locales, nacionales e internacionales y a veces la existencia de conflictos de intereses; escasos mecanismos para asegurar que el logro de la equidad sea un objetivo claro más que una buena intención; el uso inadecuado de la información local para establecer planes, prioridades y políticas; y la falta de colaboración intersectorial.

La reorientación de los sistemas de salud hacia la APS, requiere el ajuste de los servicios de salud hacia la promoción de salud, mediante la asignación de funciones apropiadas a cada nivel, integración de servicios personales y de salud pública, enfoque familiar y comunitario y creación de un marco institucional con incentivos que mejoren la calidad de los servicios.

Es probable que existan como mínimo tres retos principales para adelantar la idea de renovar la APS. Comprender el problema y reconocerlo como una prioridad; Presentar una solución que sea factible y políticamente atractiva; y Encontrar o crear una ventana política en la que converjan el problema y la solución, y que esta combinación sea asumida por los tomadores de decisión.

El documento sintetiza las lecciones aprendidas de las reformas del sector salud así: La descentralización puede mejorar equidad en asignación de recursos, pero llevar a inequidades por deficiencia en gestión local, en la participación comunitaria muchas veces las comunidades son controladas por elites locales, la privatización puede llevar a la inequidad en muchos sistemas de salud, porque no se logra verdadera competencia y falta de capacidad regulatoria a la vez que resulta en ganancias netas de salud en pacientes de mayores ingresos con seguros privados y el incremento del subsidio cruzado hacia la población más rica. Respecto a los “paquetes de beneficios” anota que pueden resultar en una APS selectiva, que limita la oferta a las necesidades complejas de los más pobres, y puede resultar en peores condiciones de salud

Los elementos para un plan de acción de la APS Renovada consisten en completar la implementación de la APS donde ésta ha fallado (la llamada “agenda inconclusa”), fortalecer la APS para enfrentar nuevos desafíos y ubicar a la APS en la agenda más amplia de justicia social y derechos humanos. Todo esto se pretende por mecanismos como garantizar a todos los ciudadanos el derecho a la salud y al acceso universal, promover activamente la equidad en salud, promover mejoras absolutas en indicadores de salud y calidad de vida, mejorar la satisfacción de los ciudadanos con servicios y prestadores, mejorar la calidad de atención y gestión, fortalecer la estructura institucional y las competencias necesarias para el desempeño de todas las funciones del sistema y promover mejoras sostenibles en la acción intersectorial, la participación comunitaria y el desarrollo de los recursos humanos.

Atención Primaria en Salud en Colombia

El documento "Anotaciones sobre el futuro de la Atención Primaria de Salud en Colombia" (2005) del Dr. Román Vega Romero parece dar respuesta a uno de los aspectos más interesantes de la APS renovada y es la aplicación del modelo dentro del SGSSS, con sus directrices, recursos financieros y estructuras. He aquí algunos apartes.

La APS es posible en el marco del SGSSS porque a pesar de las limitaciones y fragmentaciones que en éste infunde la orientación de mercado en la organización y gestión de la contratación y prestación de los servicios de salud, el SGSSS también porta valores y principios compatibles con un enfoque renovado de APS, como son la equidad y la solidaridad. Además, facilita la atención integral en áreas geográficas delimitadas y con poblaciones manejables, lo que posibilita el acceso a esas zonas a la comunidad y viabiliza la integración de las intervenciones según necesidades locales y de los micro-territorios en donde se asientan.

La descentralización permite a los entes territoriales administrar los recursos financieros del régimen subsidiado y de salud pública, los recursos humanos y garantizar el desarrollo y mantenimiento de la infraestructura física de servicios de salud. Asimismo, permite promover la organización comunitaria y la participación social, regular la calidad de la prestación de los servicios de salud, regular los intermediarios del aseguramiento para que actúen en consonancia con los valores y principios de la APS, formular los planes locales de salud y asignar los recursos en función de las estipulaciones de los mismos, así como seguir y evaluar el impacto de las acciones en salud.

Lo anterior podría ser la justificación y la base de un proceso de creación de una estrategia de APS municipalizada, con enfoque familiar y comunitario, apoyada en profesionales generalistas, participación de prestadores públicos y privados, pagados por un Fondo Local Común de Salud, para garantizar el acceso y cobertura universal y equitativa a las intervenciones de APS, y facilitar, a partir de allí, la gestión compartida con los especialistas y los hospitales de más alta complejidad, entre el sector salud y otros actores sociales, y la resolutividad deseable en el marco del esquema de aseguramiento.

El problema de la articulación entre atención primaria, salud pública y promoción de la salud se resuelve mediante la regulación de los contratos de los pagadores y la creación de un régimen de incentivos a los prestadores.

1.2.2 Una agenda para la Reforma

En la segunda mitad de los ochentas se registró en casi todos los países latinoamericanos una disminución alarmante del crecimiento económico, lo que dio lugar a que se hablara de "la década perdida".

Entretanto, se fue avanzando en una transición de la supremacía en la formulación de políticas públicas en salud desde los organismos multilaterales del sector (OPS/OMS) hacia los organismos multilaterales financieros de crédito (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional y en menor medida el Banco Interamericano de Desarrollo) firmemente decididos a impulsar la ortodoxia económica neoliberal a los sectores sociales.

Es bajo este paradigma que el Banco Mundial presenta en 1987 el documento “Una agenda para la Reforma”, basado en cuatro estrategias fundamentales:

1. Cobro de aranceles a los usuarios según su capacidad de pago
2. Aseguramiento en el sector salud para aliviar las finanzas públicas
3. Incorporar al sector privado al sector salud
4. Descentralización para mejorar la eficiencia en los servicios y el recaudo tributario.

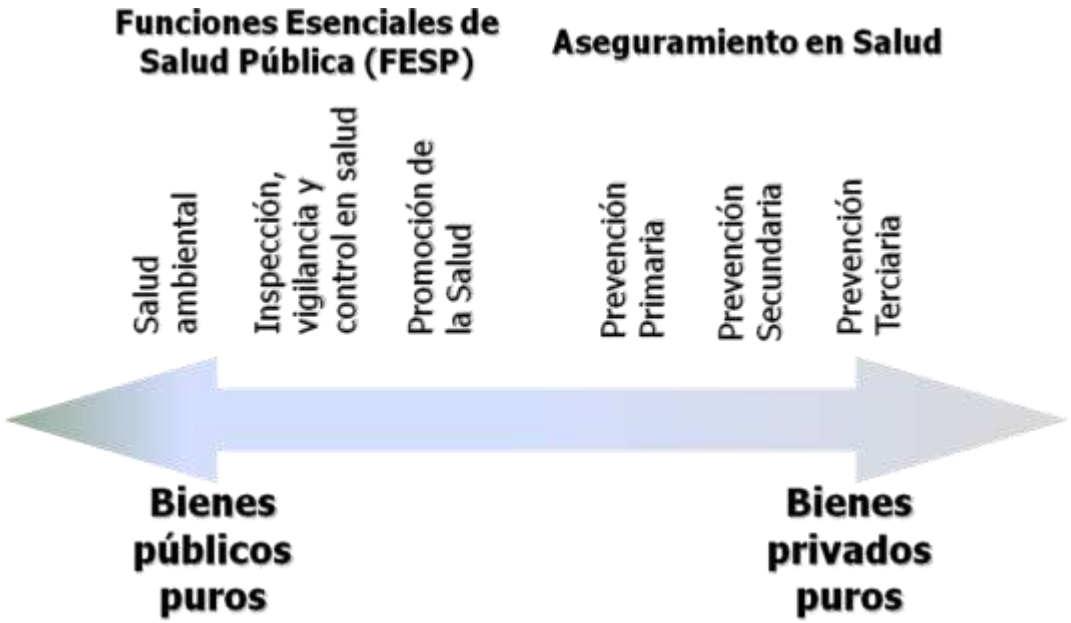
El BM, basado en la teoría neoclásica de la economía, plantea que los bienes se clasifican en privados, los que se agotan en el consumo individual y por tanto los individuos pagan por ellos (como una consulta médica, por ejemplo), y públicos, que son de consumo colectivo y generadores de altas externalidades positivas, por lo que deben estar a cargo del Estado, como la salud pública.

Ambos documentos del BM se basan en un enfoque económico neoclásico para la diferenciación entre bienes privados y bienes públicos en salud, así:

Privados, los que se agotan en el consumo individual y por tanto los individuos están dispuestos a pagar por ellos (como una consulta médica, por ejemplo), para los cuales recomiendan financiamiento privado en especial por la vía del aseguramiento

Públicos, que son de consumo colectivo y generadores de altas externalidades positivas, por lo que deben estar a cargo del estado, como la salud pública, en complemento a lo que podríamos denominar “salud asistencial” y que en nuestro país es asunto del aseguramiento

Gráfico No 2. Bienes privados y bienes públicos en salud



Fuente: Diseño propio (basado en teoría neoclásica de la economía y modelos actuales de salud Pública OPS/OMS)

1.2.3 Invertir en Salud

Ese es el modelo de equidad del documento "Invertir en Salud" del BM de 1993 (cuyo nombre algo eufemístico no debe llamar a engaño) en que se hace más evidente el cambio de liderazgo, presentando al debate mundial el nuevo modelo para el financiamiento de los servicios de salud de manera clara y contundente. Son tres los lineamientos básicos de este documento: Fomentar entornos económicos que permitan a las familias mejorar su nivel de salud; Mejorar el gasto público en salud; Promover la diversidad y la competencia, así:

1. Fomentar entornos económicos que permitan a las familias mejorar su nivel de salud:

   "Las decisiones de las familias son determinantes de las condiciones de salud, pero esas decisiones se ven coartadas por los niveles de ingreso y de educación de sus miembros"

   - Formular políticas de crecimiento, incluyendo medidas de ajuste económico que preserven los gastos en salud dirigidos a los pobres.
   - Aumento en las inversiones en educación en particular para las niñas
   - Promover de los derechos y la condición de las mujeres

2. Mejorar el gasto público en salud.

   "La principal tarea es concentrar los recursos y la atención del gobierno en compensar las deficiencias del mercado y financiar eficientemente servicios que beneficien a los pobres"

   - Reducción del gasto público en hospitales de nivel terciario, en la formación de especialistas y en intervenciones que no sean costo efectivas
   - Financiamiento y aplicación de medidas de Salud Pública dirigidas a externalidades positivas
   - Financiamiento y prestación asegurada de un conjunto de servicios clínicos esenciales.
   - Mejorar la gestión mediante la descentralización administrativa y financiera y la subcontratación de servicios.

3. Promover la diversidad y la competencia.

   "El financiamiento Estatal de medidas de Salud Pública y de los servicios esenciales, hace que el resto de la asistencia se financie privadamente o mediante seguros sociales"

   - Alentar los seguros Sociales o privados para que cubran los servicios no esenciales
   - Alentar a los proveedores (públicos y privados) a competir en la prestación de servicios clínicos e insumos y sin protección de la competencia internacional
   - Generar y difundir información sobre el desempeño de los proveedores de servicios, equipos, medicamentos esenciales, costo y eficacia de las intervenciones y sobre el nivel de acreditación de las Instituciones prestadoras de servicios

El libro "La OPS y el Estado Colombiano: Cien Años de Historia 1902-2002", OPS/OMS escrito por Mario Hernández y Diana Obregón, explica esta transición, así:

"Se trataría ahora de incorporar todas las instituciones privadas o públicas que atendieran a los pobres al sistema nacional mediante la transformación del mecanismo de financiamiento llamado **subsidio a la oferta** -sostenimiento de centros y hospitales con recursos públicos-, a lo que se denominó **subsidio a la demanda** de los pobres. Si la atención médica podía entenderse como un bien privado, también podría diseñarse una forma de pago de los servicios de salud consumidos por los pobres que no afectara el cumplimiento de las metas de ajuste fiscal, manteniendo el nivel del gasto público para cubrir estos servicios o, mejor aún, rebajándolo. En esta medida, las reformas contribuirían al cumplimiento de las metas de ajuste fiscal y de pago de la deuda planteadas años atrás.

"Conscientes de la dificultad de sostener pagos de bolsillo para la atención médica, aún entre familias ricas, los expertos del Banco propusieron acudir a la idea de "protección del riesgo económico" por medio del aseguramiento. Éste debería ser, en lo posible, obligatorio para los trabajadores del sector formal de la economía y voluntario para los individuos y las familias de más altos ingresos. La política de aseguramiento tendría las ventajas de estimular la inversión masiva de capital privado, disminuir en el largo plazo el gasto público y promover la competencia entre agentes aseguradores y prestadores de servicios, con lo que se esperaba mejorar la eficiencia y la calidad de esos servicios. Las instituciones de seguridad social existentes en todos los países tendrían que modificar profundamente sus estructuras para entrar en la lógica de la competencia de mercado. Y la red pública de servicios debía descentralizarse para ganar independencia y poder cobrar aranceles a los usuarios, emplear los incentivos del mercado en la asignación de los recursos y competir con el sector privado de prestadores de servicios. Esto implicaba abolir la atención gratuita en todas las instituciones de atención médica.

"La estrategia central para lograr el propósito de la incorporación de los pobres sería el mecanismo de subsidio a la demanda y la definición de un "paquete mínimo de servicios" que se podría cubrir con dicho subsidio. El imperativo moral de ampliar la cobertura de los servicios de atención médica fue la justificación más utilizada para exhortar a los gobiernos a abrir las puertas del sector salud a la inversión de capital privado y a garantizar el éxito de la inversión de este capital, dada la inviabilidad de hacerlo por el camino de las instituciones públicas. El conjunto de la estrategia de transformación fue presentado, de manera sintética en uno de los párrafos de la introducción del Informe de 1993:

"Con todo, las diferencias de la OPS con las propuestas del BM estaban en el fundamento conceptual y ético-político. No era por azar que los economistas neoclásicos estuvieran vinculados al Banco y no a la OPS. A medida que avanzaba la década se hacía más evidente el distanciamiento entre los dos organismos. Éste es uno de los motivos, si no el más importante, de la escasa presencia de la OPS/OMS en la primera fase de las reformas sanitarias, en general, y de la colombiana, en particular (…). Tampoco debe olvidarse que el flujo de recursos para estas reformas provenía de los créditos del BM, mientras que otros importantes organismos internacionales del sistema de Naciones Unidas comenzaban a tener problemas de recursos por los escasos aportes de los países, en medio de la crisis de finales de los ochenta y comienzos de los noventa. Y como siempre, quien manejaba los recursos definía buena parte de su destinación."

1.2.5 La descentralización y su impacto en los sistemas de salud[18]

Descentralizar significa "intervenir en la estructura institucional político-administrativa con el fin de modificar la forma y el grado de la regulación estatal en determinados campos políticos" (Von Haldenwang, 1991).

En el documento auspiciado por el Banco Mundial "Descentralización y reforma en los servicios de salud: El caso colombiano" (2001) de Beatriz Londoño, Iván Jaramillo y Juan Pablo Uribe, se plantea que existen diferentes formas de descentralización, dependiendo de la amplitud de la transferencia de la autoridad y del grado de autonomía de las organizaciones descentralizadas. Además, la descentralización puede asumir dos modalidades.

- Descentralización sectorial o empresarial. Cuando un servicio público o social entra a ser prestado mediante una empresa pública especial. En Colombia, hay tres clases de entidades públicas descentralizadas: los establecimientos públicos, las empresas industriales y comerciales del Estado y las empresas mixtas. La Ley 100 de 1993 agregó un tipo especial de establecimiento público descentralizado para salud, denominado "Empresa Social del Estado" (ESE).

[18] Esta sección se complementa ampliamente con el tema de la descentralización en Colombia en el capítulo 2.5 "Sistema General de Participaciones – SGP en salud: Recursos (transferencias) y competencias territoriales en salud" (página113)

- Descentralización territorial. Cuando las competencias y los recursos son transferidos por el nivel nacional hacia los entes territoriales (en Colombia los departamentos, distritos y municipios).

Generalmente, se considera que la prestación de los servicios en sus aspectos puramente técnicos y operativos es delegable en entidades públicas, o contratable con entidades privadas, mientras que las funciones propiamente "públicas" - tales como son el dictar políticas, normas, vigilar, controlar y sancionar - son funciones propiamente estatales. Las funciones propiamente públicas son descentralizables en las entidades territoriales pero no en los entes privados o establecimientos públicos.

La descentralización en América Latina

En el documento "Descentralización del sector salud en América Latina" (2002) de Ugalde y Homedes describen que la gran mayoría de países latinoamericanos están embarcados en el proceso de reformar los servicios de salud, y uno de los componentes de la reforma es la descentralización. Las reformas y la descentralización han sido impulsadas y en gran parte financiadas por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo y otras agencias de desarrollo multilaterales. Los promotores de la descentralización la justifican como una necesidad frente al fuerte centralismo tradicional de América Latina al cual atribuyen ineficiencias administrativas y la falta de adecuación de los servicios a las necesidades sentidas de la población. Toman la definición de descentralización como una forma de transferencia decisoria limitada de tipo administrativo a niveles inferiores, y de devolución como una transferencia de poder decisorio total a unidades gestoras de menor tamaño (en Colombia los entes territoriales: departamentos, distritos y municipios) o como la concesión de cierto grado de autonomía a una unidad de provisión de servicios (en Colombia son las unidades hospitalarias de mayor a menor complejidad). El número de funciones que se pueden descentralizar es grande y las clasifica en cinco categorías: fiscales, programáticas, de recursos humanos, de mantenimiento y de compra de insumos.

Las razones de la descentralización

Entre las razones que justifican la descentralización están mejorar la participación comunitaria poniendo la rendición de cuentas más cerca de los centros de poder y mejorar la eficiencia administrativa en aspectos como falta de insumos básicos, mantenimiento inadecuado de equipos e instalaciones, injerencias políticas en el nombramiento de personal, uso inapropiado y robo de

recursos, ausentismo laboral, control excesivo de las decisiones por la profesión médica, carencia de personal técnico de niveles medios y falta de cumplimiento de horarios, así como aspectos macro relacionados con la fuga de poder típica de una pirámide organizacional muy grande y el desconocimiento de los problemas locales en el nivel central.

Lo cierto es que la participación efectiva no ha logrado avances efectivos por razones asociadas a la estructura de poder del país (ver apartado sobre participación). En cuanto a equidad y eficiencia los resultados de los reportes suelen ser ambiguos. Lo que sí es del caso es tomar el criterio de Ugalde y Homedes en el sentido de que los resultados de la descentralización pueden ser atribuibles al modelo en sí o a su implementación (de hecho, una política se va transformando al implementarse). De manera muy especulativa, y observando el caso colombiano, se podría concluir que la problemática está en los ejecutores, más que en los dos aspectos antes mencionados; tal vez exceptuando algunas fallas involuntarias inherentes ello puede ser así en casi cualquier modelo enfocado a cualquier problemática de política social. Así, la ineficiencia y la inequidad tal vez fueron, a la vez, escrupulosamente descentralizadas.

Descentralización en salud

El manejo fiscal pretende en principio mejorar la disciplina fiscal de los entes descentralizados, pero lo que se ha visto es que resulta más eficiente en el recaudo en entidades con mayores recursos, fomentando contradictoriamente la inequidad horizontal. Ante eso en Colombia el sistema de transferencias pretende distribuir equitativamente el recaudo hecho a nivel central a la vez que en los últimos años se ha visto un fuerte estímulo al esfuerzo propio territorial mediante estrategias de cofinanciación.

Ahora bien, si para los gobiernos es importante reducir el gasto público central en servicios sociales para liberar fondos para pagar la deuda externa como establecen explícitamente los organismos multilaterales, ello dependería de que se pudieran transferir o descentralizar más competencias que recursos, y en Colombia no está muy claro que se haya logrado eso por el mandato constitucional de incrementar gradualmente el gasto público social como se verá en el apartado sobre transferencia.

En el aspecto programático existe una gran autonomía de los entes territoriales para prestar los servicios de altas externalidades con los hospitales fundamentalmente. En recursos humanos Colombia sólo tiene la delegación de autorizaciones para formar personal técnico y de registro profesional a los entes departamentales, pero en la administración del recurso humano sí existe absoluto control de los entes descentralizados.

Descentralización en Colombia

El profesor Zubiría, explica que en la Carta Constitucional de 1991, se consagraron en forma expresa los principios de la descentralización y la autonomía territoriales (artículos 1º y 287), siguiendo la Declaración Mundial de Autonomía Local del IULA (Unión Internacional de Gobiernos Locales) de 1987.

Para Londoño et al, los hitos más visibles del inicio del proceso de descentralización en Colombia fueron la elección popular de alcaldes y de gobernadores (instauradas en 1986 y 1989, respectivamente, y puestas en práctica en 1987 y 1992), y la transferencia de competencias y responsabilidades en diversos sectores, desde el nivel nacional hacia los niveles territoriales, (Decreto 77 de 1987 y Ley 10 de 1990) que abarcó temas como los de la salud, la educación, los servicios de agua potable y saneamiento básico, la recreación y el deporte, la construcción y adecuación de infraestructura y, en general, la gestión de los servicios públicos y sociales.

Siguiendo con estos autores, en el caso colombiano la descentralización de la salud pretende:

- Distribuir competencias entre la nación, los departamentos y los municipios, reservando para el nivel nacional las funciones de dirección y control, y descentralizando la operación del primer nivel en los municipios y del segundo y tercer nivel en los departamentos.
- Cambiar el modelo de atención en salud de un modelo exclusivamente intrahospitalario a un modelo intersectorial para la salud, haciendo de cada municipio un sistema local de salud, convirtiendo a los alcaldes en responsables políticos de la salud e incorporando a la comunidad mediante diversas formas de participación.
- Estimular y reasignar las fuentes financieras, fortaleciendo el primer nivel de atención y descongestionando los niveles II y III, produciendo así un uso más eficiente de los recursos y estimulando el esfuerzo local en la financiación del sector.
- Reprivatizar los hospitales de origen privado (tipo fundación), suprimiendo la co-administración establecida por el Sistema Nacional de Salud.
- Generar hospitales autónomos que se gestionen bajo parámetros gerenciales que propicien la eficiencia y la calidad en sus servicios.

- Incrementar, asignar directamente y distribuir más equitativamente los recursos nacionales de salud entre las localidades y regiones del país, de tal forma que con los recursos fiscales se beneficie la población más pobre.
- Ejecutar los recursos de transferencia en forma de gasto público directo o mediante subsidios a la demanda.
- Gestionar mediante los departamentos y los municipios la creación y ampliación del Régimen Subsidiado.
- Convertir los hospitales en Empresas Sociales del Estado y sustituir, progresivamente, los subsidios a la oferta por subsidios a la demanda.

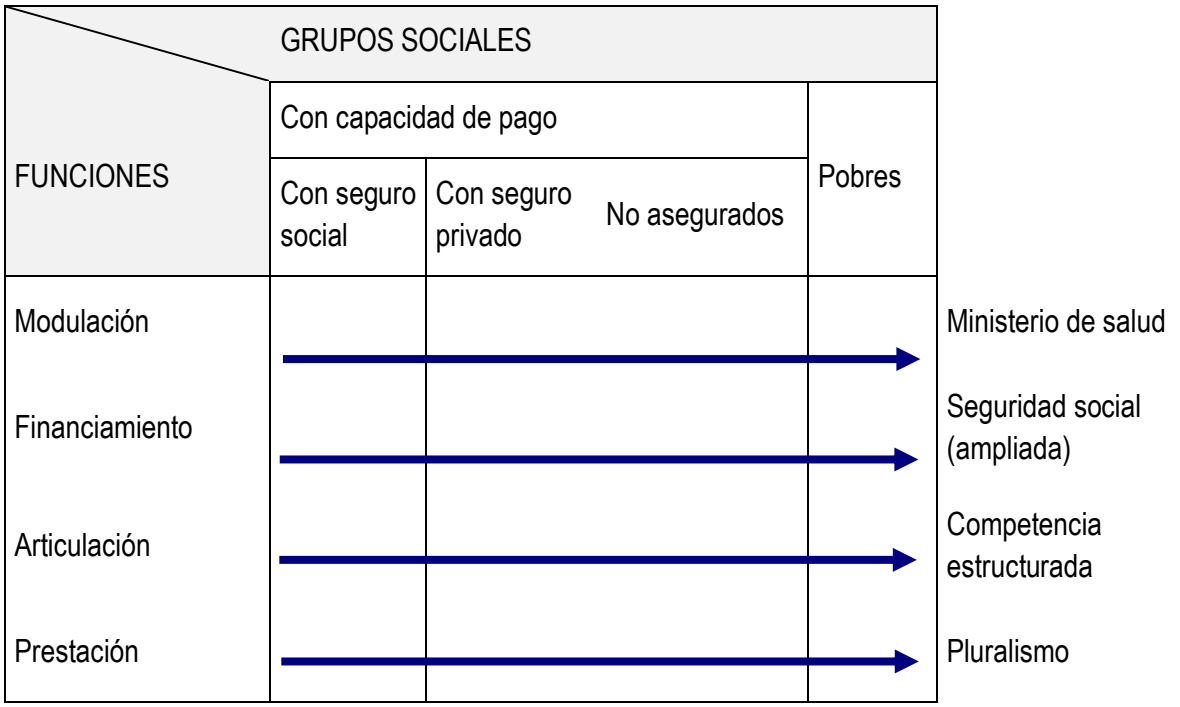
1.2.6 El Pluralismo Estructurado

El documento "Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina" fue publicado en 1997 por el Banco Mundial, bajo la autoría de Juan-Luis Londoño y Julio Frenk. El primero de ellos fue el ministro de salud a quien correspondió la reglamentación y la primera etapa de implementación del SGSSS y luego la implementación del Sistema de Protección Social hasta su fallecimiento en un accidente de aéreo. Pero este no es el único interés para trasladar este documento, sino también que resulta más bien descriptivo del caso colombiano. En uno de sus apartados explica que: "a excepción del caso notable de la reforma reciente en Colombia, que está desarrollando un enfoque integral y universal hacia el pluralismo estructurado, y de los interesantes esfuerzos en Argentina y Brasil, la mayor parte de las acciones innovadoras en América Latina se han restringido a grupos particulares de la población, especialmente a las clases medias urbanas". Evidentemente el SGSSS fue inspirador para este documento.

En las conclusiones se habla de que el "nuevo modelo de pluralismo estructurado se trata de un enfoque pragmático y 'centrista' que evita las trampas de los arreglos extremos, al tiempo que intenta encontrar un equilibrio justo entre los intereses legítimos de todos los actores". Allí se enuncia una visión heterodoxa del modelo de estado en la provisión de servicios de salud que para algunos analistas estuvo presente en la formulación del SGSSS.

El modelo del Pluralismo estructurado parte fundamentalmente de la integración de cuatro funciones principales en un sistema de salud, (Modulación, Financiamiento, Articulación y Prestación) que bien pueden ser entendidas en un esquema tomado del mismo documento.

Gráfico No 1. Esquema Pluralismo Estructurado



Fuente: Documento de posición. BID, 1997

Modulación:

La responsabilidad última de la modulación (no de la operación ni la prestación de servicios) es pública, lo que significa que un agente políticamente legítimo debe ofrecer una respuesta sensible frente a los intereses de la colectividad y rendir cuentas claras sobre su actuación. Tiene varios aspectos a evaluar:

1. Desarrollo del sistema: Formulación de políticas, planeación estratégica y movilización social para la salud, incluyendo la participación comunitaria
2. Coordinación: Autoridad para convocar a todos los actores en la consecución de objetivos comunes.

3. Diseño financiero: Los sistemas de salud deben hacer frente a dos retos financieros clave: la movilización de los recursos requeridos y la contención de costos. Con frecuencia, el avance en uno de estos frentes representa un freno para el avance del otro.
4. Regulación propiamente dicha: Ésta incluye dos tipos básicos: la regulación sanitaria de bienes y servicios, y la regulación de la atención a la salud. La primera se refiere a los esfuerzos convencionales que llevan a cabo las autoridades sanitarias para minimizar los riesgos a la salud derivados de los bienes y servicios que se proporcionan a través de la economía, en particular aquellos que los seres humanos consumen en forma directa, tales como los productos alimenticios. El segundo tipo de regulación es el que se aplica a sectores específicos de la economía, relacionados de manera directa con la atención a la salud.
5. Protección al consumidor

Articulación

Propone el documento de manera ilustrativa pensar en términos de un "proceso de financiamiento-prestación", es decir, un continuo de actividades por las que los recursos financieros se movilizan y se asignan para posibilitar la producción y el consumo de servicios de salud.

La función de articulación debe entonces permitir una conexión transparente entre los diversos componentes del proceso de financiamiento-prestación.

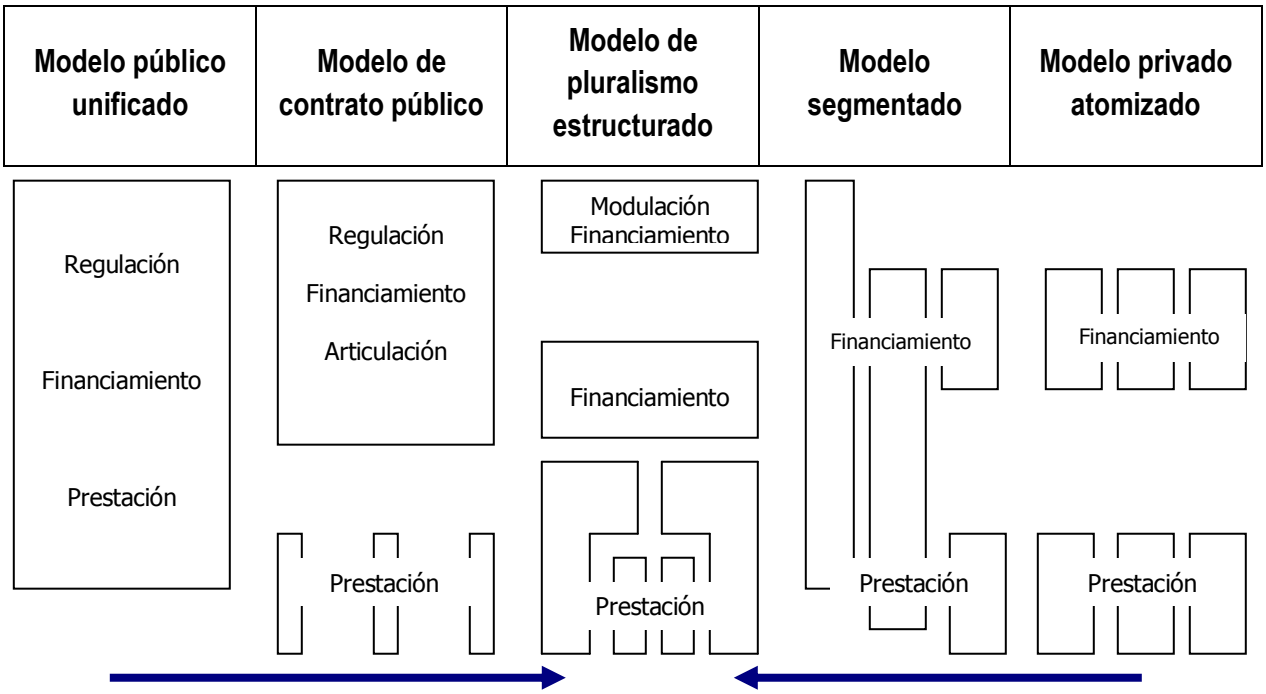
Gráfico No 2. Articulación en el modelo Pluralismo Estructurado

1. Articulación entre poblaciones y prestadores:	• Administración de riesgos: Se lleva a cabo afiliando poblaciones, de forma que los riesgos se dispersen y se reduzca así la incertidumbre financiera de los consumidores en su interacción con los prestadores [Las EPS y demás EAPB en el SGSSS]	
	• Administración del acceso: Operacionaliza varios aspectos cruciales de la interacción entre las poblaciones y los prestadores, incluyendo	– Procedimientos para el ingreso y la salida de los clientes en el sistema de salud – Conjunto de contingencias que deben ser cubiertas definido mediante un paquete explícito de beneficios o de intervenciones (con frecuencia por mandato público) [El POS en el SGSSS] – Acotamiento de las opciones disponibles para los consumidores, mediante la organización de redes integrales de proveedores
	• Organización articuladora: Actúa como el agente informado de los consumidores y representa sus intereses agregados.	
2. Articulación entre agencias financieras y prestadores de servicios:	• Diseño de incentivos: El aspecto clave es el mecanismo de pago • Diseño de beneficios: Paquete de beneficios o intervenciones [El POS en el SGSSS]. • Gestión de la calidad: Certificación de la competencia de los proveedores y el monitoreo de los procesos y los resultados de la atención [El SOGCS en el SGSSS].	

Fuente: Diseño propio basado en Documento de posición. BID, 1997

El documento plantea también una clasificación de los tipos de sistemas de salud y la manera en que estas funciones están dispuestas en cada uno, y lo esquematiza así:

Gráfico No 3. Convergencia entre los modelos de sistemas de salud según el Pluralismo estructurado



Fuente: Documento de posición. BID, 1997

Al final del documento se destacan varias conclusiones que pueden servir de guías potenciales para hacer avanzar las iniciativas de reforma:

1. El fortalecimiento institucional es una condición indispensable para lograr una efectiva división de funciones en el sistema de salud
2. Sin cambios fundamentales en la configuración y la operación de las instituciones, la descentralización simplemente multiplicará las estructuras burocráticas y las prácticas ineficientes
3. Al intentar introducir instrumentos para una administración eficiente, los mecanismos de incentivos globales (como el esquema de capitación utilizado en Colombia) parecen ser más efectivos y más fáciles de aplicarse que los instrumentos que requieren una micro-

administración detallada (como la variante de los Grupos Relacionados por Diagnóstico, adoptada en Brasil)

4. El desarrollo de formas de modulación no burocráticas y el fomento de las [instancias de articulación como las agencias financieras] surgen como dos estrategias fundamentales
5. A final de cuentas, las reformas deben alcanzar un nuevo equilibrio entre los actores del sistema de salud, que corrija las múltiples formas en que la soberanía de los consumidores ha sido limitada

1.2.7 Funciones Esenciales de la Salud Pública FESP

Después de la implementación y puesta en firme del SGSSS y de otros modelos semejantes en América Latina la OPS/OMS ha hecho al menos dos grandes planteamientos teóricos que vale la pena revisar.

Para la Organización Panamericana de la Salud OPS las Funciones Esenciales de la Salud Pública FESP son el núcleo de la caracterización funcional de todo el campo de la Salud Pública y establecen requisitos indispensables para la mejora de la salud de las poblaciones.

En enero de 1997 el Consejo Ejecutivo de la OMS propuso definir las FESP como una herramienta para la renovación de la política de SPT-2000. En tal sentido, se realizó un estudio Delphi en el que participaron 145 expertos en salud pública de diferentes nacionalidades que fueron consultados en tres rondas secuenciales. El resultado fue la definición de las FESP. Desde antes, un proceso similar venía ocurriendo en Estados Unidos cuando el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Medicina de ese país presentó un documento denominado “El futuro de la salud pública” (1998) en el que se definen los “servicios esenciales de salud pública”.

El concepto definitivo de FESP fue adoptado por la OPS en septiembre de 2000 después de ser avalado por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y el Centro Latinoamericano de Investigaciones en Sistemas de Salud (CLAISS). Esto se inscribía en el marco de la iniciativa “La salud pública en las Américas” y en su justificación de la iniciativa se observa la clara intención de OPS de recuperar su liderazgo en un terreno que le era propio y que venía siendo descuidado por los procesos de reforma sectorial.

En el documento de posición de la OPS, se explica que la medición pretende identificar factores críticos y establecer consideraciones para el desarrollo de estrategias de fortalecimiento de

infraestructura de salud pública con la finalidad central del desarrollo de la capacidad institucional de la Autoridad Sanitaria (léase ministerio y direcciones territoriales para el caso de Colombia). Se refiere a capacidades humanas, materiales y formas de gestión.

Los procesos se basan en estándares óptimos de la práctica de la salud pública basándose en unos "óptimos aceptables" entendidos como un nivel promedio hipotético de la realidad de la región, basados en criterios de expertos (metodología Delfi).

Funciones Esenciales de Salud Pública FESP

1. Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud de la población
2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
3. Promoción de la salud
4. Participación de los ciudadanos en salud
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
9. Garantía y mejoramientos de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
10. Investigación en salud pública
11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

Anota Hernández en el libro de OPS que "La función más importante es, sin duda, la de rectoría del sector ejercida por la autoridad sanitaria, cualquiera sea el modelo de organización institucional de los servicios de salud." y agrega: "en esta propuesta de FESP se incluían los servicios individuales como una función de la salud pública, pero sólo desde la "promoción y evaluación del acceso equitativo" de la población a ellos y desde la "evaluación y garantía de la calidad" de los mismos. (…) Si el financiamiento de los servicios individuales ya no sería principalmente público, según el modelo de reforma sectorial predominante, la función rectora se podría concentrar en evaluar y formular

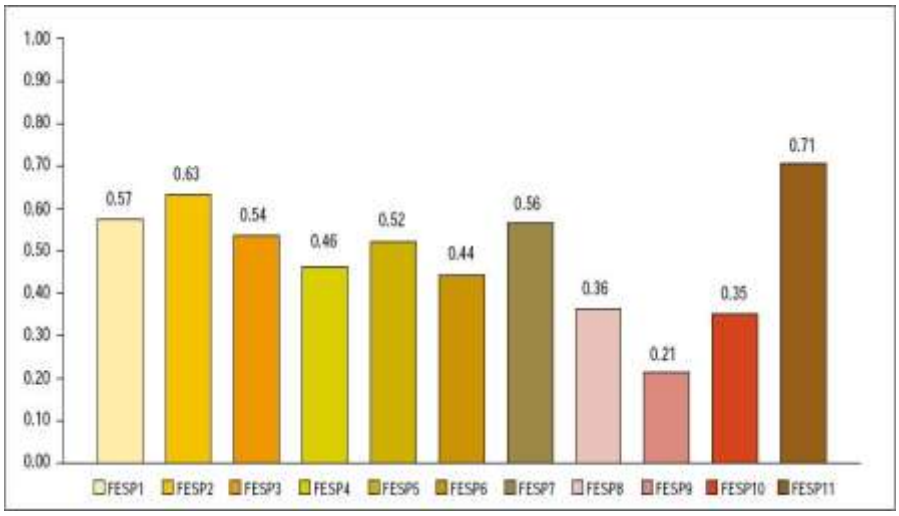
políticas. La definición del financiamiento quedaría en manos de los economistas de organismos internacionales como el BM o de instancias de gobierno en los países diferentes a la salud, como las encargadas de las finanzas públicas y del aseguramiento."

Siguiendo con los autores citados, las tres áreas comunes con serios problemas en casi todos los países fueron: la escasa capacidad para "la evaluación y el seguimiento" de las decisiones públicas, la ausencia de "incentivos al desempeño" en todos los ámbitos del las FESP, y la precaria "gestión de la información" necesaria para el buen ejercicio de la rectoría de los sistemas. Se encontró que en los países con "sistemas públicos integrados" el desempeño de las FESP es mejor que en otros sistemas, en especial que los de estructura mixta (como Colombia) o fragmentada.

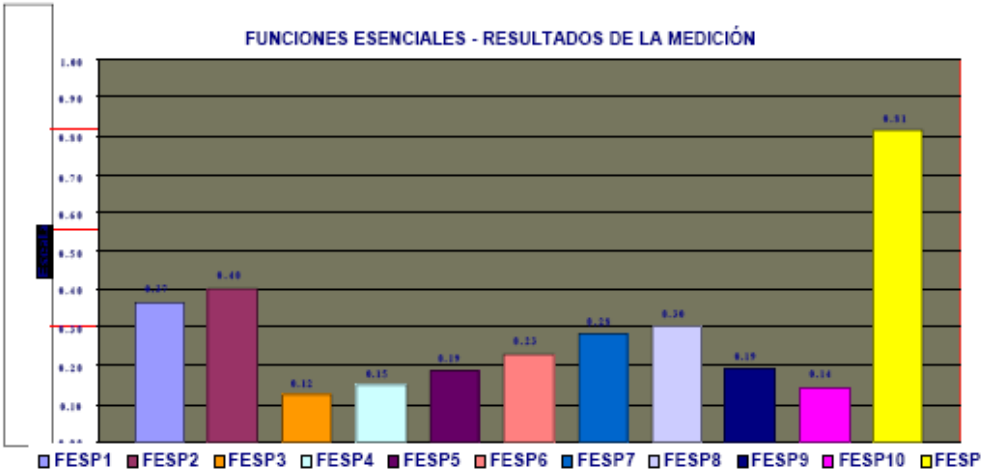
En Colombia, la evaluación realizada en 2002 muestra los resultados que se observan en la gráfica. De acuerdo a esta medición el país tiene una provisión muy deficiente de FESP, con apenas uno de los indicadores ("Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud") por encima de un índice bajísimo de 0,4, que es el tope de todas las demás FESP. Las peor calificadas según este índice son las FESP 3 y 10, promoción de la salud e investigación en salud pública.

Gráfico No 4. Comparativo de la medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública FESP entre las Américas y Colombia, 2001

a) Región de las Américas



b) Colombia



Fuente: OPS/OMS "Funciones Esenciales de Salud Pública", documento de posición, 2001

Como se observa, el desempeño para Colombia fue notoriamente deficiente. Sólo la FESP 11 "Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud" presenta un comportamiento adecuado, incluso destacado, ello en relación a la misma vulnerabilidad del país en este aspecto. Pero véase al país en comparación con los de América Latina y el Caribe, con quienes comparte su situación:

Cuadro No. 4. Desempeño comparativo de las funciones esenciales de la salud pública FESP en ALC y en Colombia

Función Esencial de Salud Pública (FESP)		Desempeño en ALC		Desempeño en Colombia	
1.	Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud de la población	0,57	Intermedio superior	0,37	Bajo
2.	Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública	0,63	Alto	0,40	Bajo
3.	Promoción de la salud	0,54	Intermedio superior	0,12	Bajo

Función Esencial de Salud Pública (FESP)		Desempeño en ALC		Desempeño en Colombia	
4.	Participación de los ciudadanos en salud	0,46	Intermedio Bajo	0,15	Bajo
5.	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública	0,52	Intermedio superior	0,19	Bajo
6.	Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública	0,44	Intermedio Bajo	0,23	Bajo
7.	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios	0,56	Intermedio superior	0,29	Bajo
8.	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública	0,36	Bajo	0,30	Bajo
9.	Garantía y mejoramientos de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos	0,21	Bajo	0,19	Bajo
10.	Investigación en salud pública	0,35	Bajo	0,14	Bajo
11.	Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud	0,71	Alto	0,81	Alto

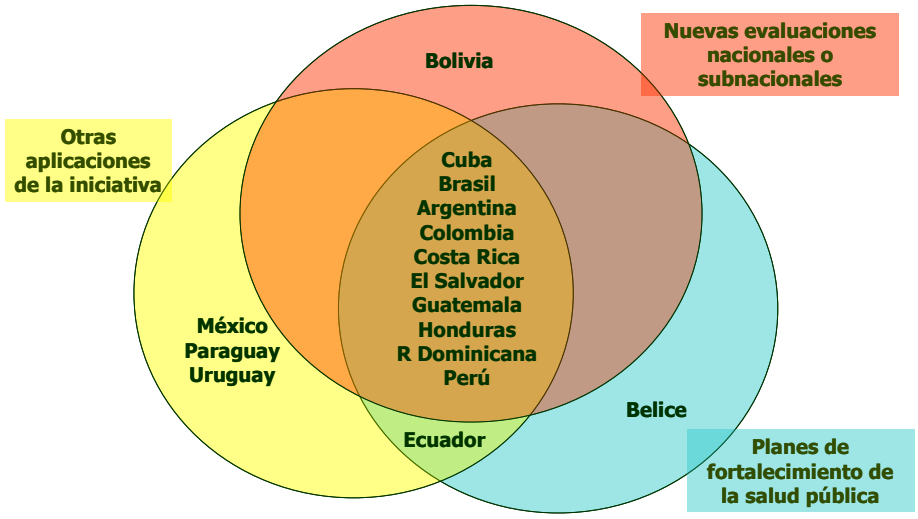
Fuente: Diseño propio. Datos tomados y adaptados de Op. Cit. Nota Nº 15

Parámetros de desempeño:

Desempeño	Puntaje
Alto	>0,6
Intermedio superior	Entre 0,5 y 0,6
Intermedio inferior	Entre 0,4 y 0,5
Bajo	<0,4

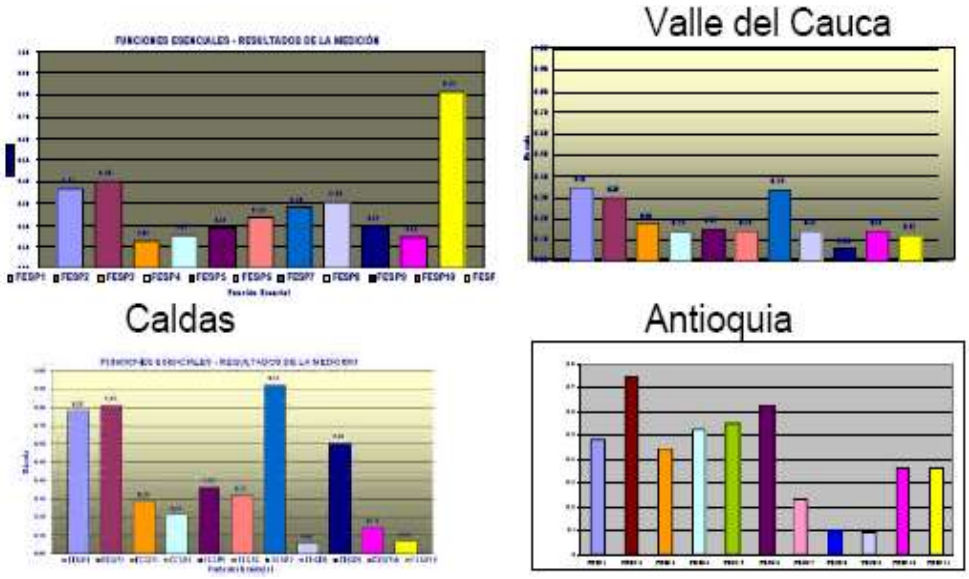
Obsérvese que, en la medición el desempeño para Colombia fue notoriamente más deficiente que, incluso, para la región de las Américas en promedio, que no solamente en comparación con países desarrollados o con un nivel de inversión en salud enorme.

Gráfico No 5. Alcance de las Iniciativas vigentes de las FESP en América Latina, por país 2006



Fuente: OPS/OMS "Funciones Esenciales de Salud Pública"

Gráfico No 6. Resultados de la medición del cumplimiento de las FESP en Colombia [Total y tres subregiones]



Fuente: Balladelli, Pier Paolo. La salud pública en el proyecto de reforma del SGSSS. Foro Deliberativo Reforma de la Ley 100. Contraloría general de la República, abril de 2005

Una perspectiva más reciente en busca de describir la provisión de servicios de salud pública en las Américas, de acuerdo con el más reciente planteamiento de la OPS/OMS, es la perspectiva de las Capacidades de Salud Pública[19]:

Elementos de la capacidad de salud pública:

- **Fuerza de Trabajo**
- **Sistemas de Información**
- **Tecnologías de la salud**
- **Capacidad institucional y organizacional**
- **Recursos fiscales**

De acuerdo al documento de Capacidades en salud Pública "Los resultados de esta medición proporcionan una visión general e integral del estado de las FESP en la región. Sin embargo, la herramienta no se centra en la evaluación de las capacidades de salud pública o en aquellos elementos que constituyen las bases de la salud pública. Para fortalecer dicha capacidad se necesitan herramientas que permitan a los países autoevaluar sus capacidades de salud pública a nivel local y nacional en mayor detalle que la herramienta de evaluación de las FESP. Existen distintos mecanismos que permiten evaluar y realizar intervenciones de acuerdo con las necesidades del país, por lo que este documento describirá algunas de las herramientas que existen actualmente y algunas que se encuentran en elaboración. La idea es que los países examinen estas herramientas de evaluación y decidan cómo quieren proceder con respecto al fortalecimiento de su capacidad de salud pública".

Como se expresa en el documento de posición de OPS/OMS: "Con el fin de colocar a la salud pública a la vanguardia del programa de acción sanitaria, y en un intento de abordar la crisis en la práctica de la salud pública, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) lanzó la iniciativa "La Salud Pública en las Américas" en 2002 [sic]. En el marco

[19] Organización Panamericana de la Salud "Capacidades en Salud Pública en América Latina y el Caribe: Evaluación y Fortalecimiento". Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud (HSS) Unidad de Políticas y Sistemas de Salud (HP) Oficina de la Subdirectora OPS/OMS. Washington, 2007

de esta iniciativa se creó una herramienta metodológica con el fin de medir el desempeño de 11 Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP). Estas Funciones Esenciales se definieron como "el conjunto de condiciones que permiten mejorar la práctica de la salud pública". La aplicación de la herramienta y la medición del desempeño de las FESP en 41 países de la Región proporcionaron un punto de partida para el análisis de los puntos fuertes y débiles existentes en el sector de la salud pública en la Región de ALC. En concreto, los resultados ayudaron a señalar algunas de las brechas que deben reducirse para mejorar el desempeño de la salud pública.

1.2.8 Objetivos de Desarrollo del Milenio[20]

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre
2. Lograr la enseñanza primaria universal
3. Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer
4. Reducir la mortalidad infantil
5. Mejorar la salud materna
6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
8. Establecer una alianza mundial para el desarrollo

"En septiembre del 2000, los Jefes de Estado y de Gobierno de 147 países y 42 ministros y jefes de delegación se reunieron en la Asamblea General de las Naciones Unidas para emprender la tarea de determinar cómo mancomunar sus voluntades y su compromiso de realizar un esfuerzo conjunto para revitalizar la cooperación internacional destinada a los países menos desarrollados y, en especial, a combatir decisivamente la pobreza extrema.

[20] José Luis Machinea, Secretario Ejecutivo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Prólogo del libro "Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe" (escrito en compañía de Alicia Bárcena, y Arturo León)

"En esa oportunidad, se identificaron objetivos que apuntan a la lucha contra la pobreza y el hambre, la reversión del deterioro ambiental, el mejoramiento de la educación y la salud, y la promoción de la igualdad entre los sexos, entre otros. Además, quedó de manifiesto que, dado que la falta de desarrollo es un problema que atañe y preocupa al mundo todo y no solo a los países menos desarrollados, el establecimiento de una alianza que enriquezca y revitalice la cooperación internacional, haciéndola más adecuada y efectiva, debía ser uno, no el menos importante, de los ocho objetivos seleccionados. Así quedaron estructurados los objetivos de desarrollo del Milenio.

"Los objetivos tienen un fuerte sustento en la visión integral derivada de los acuerdos suscritos en las cumbres mundiales de las Naciones Unidas celebradas en la década de 1990 y forman parte de la Declaración del Milenio, de alcance aun más amplio, en la que se propone, entre otros temas importantes, el desarrollo de consensos en torno a temas de fundamental importancia como la paz, la seguridad y el desarme, los derechos humanos, la democracia y el buen gobierno y el fortalecimiento de las Naciones Unidas.

"Los objetivos fueron establecidos con la mayor claridad posible y se acordaron, asimismo, metas cuantificadas, en las que se indica el nivel que debían alcanzar en 2015 las principales variables económicas y sociales que reflejan los objetivos aprobados. También se convino en examinar periódicamente los adelantos logrados, tratando de evitar así que todo el esfuerzo se desvanezca con el paso del tiempo (…)".

1.2.9 Determinantes Sociales de Salud (DSS)[21]

Revisando enfoques y construyendo un marco referencia integral para la comprensión y la acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud, el documento para la Comisión de Determinantes en Salud de la OMS escrito por Solar & Irwin propone "Un soporte conceptual para la acción de los determinantes sociales de salud" con base en la revisión de distintos análisis producidos en torno a los Determinantes Sociales de Salud

[21] Este apartado es fundamentalmente tomado de: World Health Organization (WHO). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health. Geneva, 2007. A Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health by Alec Irwin and Orielle Solar

Equidad en salud

La equidad en salud es un concepto ético fundamental en el enfoque de los Determinantes Sociales de Salud y se define como "ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables en salud entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente" (Departamento de Ética, Equidad, Comercio y Derechos Humanos de la Organización Mundial de la Salud). Se tiene que las inequidades en salud son diferencias en salud socialmente producidas, sistemáticas en su distribución a través de la población e injustas.

La inequidad en salud afecta fundamentalmente el compromiso con la libertad, la justicia social y los derechos humanos y cuando la inequidad emerge la gestión del gobierno ha fallado en sus fundamentos. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) proporciona una estructura conceptual para avanzar en la equidad en salud y afirma que el derecho a la salud debe ser interpretado ampliamente, incluyendo no sólo la atención de salud, el alimento y nutrición, vivienda, acceso al agua potable, adecuado saneamiento, condiciones de trabajo saludables y seguras y salud ambiental. También ofrecen una armazón conceptual para vincular la salud, las condiciones sociales y los principios de participación en los derechos políticos.

Abordajes y perspectivas de los Determinantes Sociales de Salud

Los tres principales ***abordajes*** que buscan explicar las inequidades en salud que parten del análisis de la distribución social de la enfermedad, aunque su interpretación no se reduce a los aspectos biológicos:

• Psico-social	Enfatiza el peso que tiene la percepción de las jerarquías de ingresos y de estatus en sociedades desiguales, lo que genera sentimientos de desvalorización y desventaja, y lleva a tensiones y deficientes condiciones de salud
• Producción social de la salud/enfermedad	Destaca los determinantes económicos y políticos como causas estructurales de las inequidades: falta de inversión en infraestructura (educación, salud, medio ambiente, nutrición, vivienda, transporte, etc.)

• Eco-social con múltiples niveles de referencia	Causa y resultado de una relación dinámica, histórica y ecológica. Más que sumar lo biológico y lo social, integra una visión compleja de los patrones de salud de la población

A su vez, estos abordajes logran una mejor comprensión de los mecanismos por medio de los cuales los determinantes sociales influyen sobre la salud, reconociendo explicaciones complementarias: Las ***perspectivas*** explicativas de los mecanismos por los que los determinantes sociales influyen sobre la salud:

• Selección social:	La salud determina la posición socioeconómica pues ejerce influencia en el logro de posiciones sociales
• Causación social:	Los problemas de salud tienen mayores posibilidades de desarrollarse en los grupos socioeconómicos más bajos, principalmente en forma indirecta
• Perspectiva del curso de vida	A lo largo de la vida individual, a través de generaciones y a nivel de poblaciones se acumulan los riesgos para la salud

Enfoque integral y estratégico sobre los Determinantes Sociales de Salud

El concepto de ***posición social*** es de interés central para interpretar los mecanismos de la inequidad en salud como generadores de la distribución de poder, riqueza y riesgos, estratificando los resultados en salud, reconociéndose desde allí Determinantes Estructurales (estratificación social y sus mecanismos) e Intermediarios (factores y circunstancias sociales).

La estratificación social produce las desigualdades en el poder, el prestigio, los ingresos y la riqueza en diferentes posiciones socioeconómicas y sus mecanismos en los resultados de salud operan así:

Contexto social (jerarquías)	Asigna diferentes posiciones sociales de individuos y grupos: mercado laboral, sistema educativo, instituciones políticas, valores socio-culturales

Exposición y vulnerabilidad diferencial:	Según grupos poblacionales a: salud; daños en salud; condiciones de salud; disponibilidad de recursos materiales
Consecuencias diferenciales de salud y enfermedad	Para los grupos con más desventajas

De allí, los determinantes intermediarios implican la concreción de situaciones específicas de importancia, configurando resultados de salud:

Circunstancias materiales:	Calidad de vivienda, acceso al alimento, condiciones del ambiente físico
Circunstancias psico-sociales:	Tensiones sociales (stress, violencia, coacción, etc); tensiones de género y etnia; modificación de patrones y estilos de vida de otros contextos culturales
Factores biológicos y comportamentales:	Como patrones de nutrición, actividad física, consumo de alcohol y tabaco, factores genéticos

El análisis de estos factores lleva a definir la necesidad de superar los enfoques despolitizados en el rol del Estado y generar políticas intersectoriales que ataquen las causas profundas de la vulnerabilidad diferencial y la exposición diferencial a los riesgos.

Claves y estrategias de acción para enfrentar los Determinantes Sociales de Salud

El análisis de las estrategias de intervención sobre los DDS muestra la existencia de tres modalidades de políticas:

Mejorar la salud de grupos de población más desfavorecida a través de ***programas focalizados*** por objetivos	Limitaciones: • Beneficia solamente a un subgrupo de la población y una problemática específica • Puede no reducir la inequidad, porque no trabaja integralmente con otros	• Identifica a un segmento de la población objetivo y monitorea los resultados • Es de uso extendido y puede alinearse con

	factores estructurales e intermediarios ni atiende a otros grupos sociales	otros programas sociales
Disminuir las brechas entre los grupos más pobres y los más aventajados socialmente	Ejemplos: • Aproximar la expectativa de vida de los grupos más vulnerables a la de otros grupos sociales • Ampliar el acceso a la educación de los más desfavorecidos socialmente	Brinda resultados pero también beneficia un solo sector: No incide en otros grupos sociales y mecanismos determinantes
Adherir a todos los gradientes de salud asociando la posición socioeconómica y las condiciones de salud en toda la población	Implica un esfuerzo comprehensivo • dirigido a impactar en la salud de toda la población • incluyendo grupos de distintas posiciones sociales (ejemplo: violencia, accidentes de tránsito, mejora de las condiciones y espacios de trabajo, tabaquismo, mejora de las condiciones del medio ambiente)	Pueden ser estrategias más costosas y de largo plazo, lo que impide monitorear resultados de salud a corto plazo

Las estrategias de brechas y de gradientes no son mutuamente excluyentes, y pueden combinarse en el plan de intervenciones.

Para la toma de decisiones acerca de las mejores estrategias de acción para incidir sobre los determinantes sociales de la salud, se recomiendan los siguientes criterios:

Reducción de los determinantes estructurales	Inequidad y exclusión, que perpetúan las desigualdades actuando centralmente sobre el contexto social y las consecuencias diferenciales Ejemplo: acceso al trabajo digno y la educación

Reducción de los determinantes intermediarios	Disminuyendo la exposición diferencial y la vulnerabilidad específica a los daños en salud Ejemplo: condiciones de trabajo, derechos de género, ambiente saludable
Revertir los efectos de la posición socio-económica	Como los que surgen ante la pérdida de la fuente de trabajo o los que crean condiciones para mantener en el trabajo a personas con enfermedades crónicas y asegurar el cuidado curativo para los que sufren daños, a través del aseguramiento en salud, incluyendo a personas de distintas posiciones sociales

Se proponen políticas públicas, intersectoriales y fundamentadas en la participación social, con posibles expresiones en niveles de lo global a lo local:

- Las que abordan (distalmente) a la estratificación social a fin de disminuir las inequidades
- Las diseñadas a nivel intermedio para reducir la exposición o la vulnerabilidad de las poblaciones más desfavorecidas
- Las que actúan (proximalmente) reduciendo las consecuencias desiguales en el estado de salud o su compensación en la esfera social o económica

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS))

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) fue constituida públicamente en marzo de 2005, a partir de las decisiones de la 57a Asamblea Mundial de la Salud, con la misión de reunir datos y evidencias sobre las causas sociales y ambientales de las desigualdades sanitarias y sobre posibles formas de corregirlas. Asimismo, se formuló el mandato para que proporcionara a todos los programas de la OMS pautas de trabajo sobre el particular. Su

trabajo concluyó en agosto de 2008 con el lanzamiento, en Ginebra, de su Informe Final de Recomendaciones[22].

La Comisión generó un proceso de revisión sistemática de información existente sobre acciones para influir sobre algunos determinantes sociales específicos que tienen efectos sobre la salud y revisó las oportunidades estratégicas existentes para la formulación de políticas y de acción. Este proceso de generación de conocimiento se organizó en torno a redes y grupos de discusión sobre cada uno de los temas específicos tales como desarrollo temprano del niño, condiciones de salud pública prioritarias, sistemas de salud, mediciones, condiciones de empleo, globalización, urbanización, exclusión social y género, así como otros problemas sanitarios que afectan a grupos sociales vulnerables como trabajadores migrantes e informales, pueblos indígenas y residentes en barrios marginales.

La Comisión de Determinantes Sociales también ha recomendado prioridades para orientar las políticas públicas, los programas y las acciones concretas dirigidas a lograr:

1. Equidad desde el principio
2. Entornos saludables para una población sana
3. Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno
4. Protección social a lo largo de la vida
5. Atención universal de salud
6. La equidad sanitaria en las políticas, sistemas y programas
7. Financiación equitativa
8. Responsabilidad del mercado
9. Equidad de género
10. Emancipación política – integración y posibilidad de expresarse
11. Un gobierno mundial eficaz
12. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones

[22] Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS (2000) (Consultado: junio de 2009)

2. LEGISLACIÓN MEDULAR DE LA ORGANIZACIÓN DE LA SALUD EN COLOMBIA

Enumerar todas las normas que conforman el sistema de salud colombiano, aunque solo sea todas las leyes, sería un esfuerzo sobrehumano. Lo que se pretende en este capítulo, por el contrario es una visión descriptiva del funcionamiento del sistema en general, cuanto más de su normatividad. De hecho ni siquiera es un compendio normativo propiamente, sino que más bien propone cuáles son los pilares legislativos de la Organización de la Salud en Colombia:

Dentro de las dos últimas cabe destacar que solamente atañe al contenido de este libro lo relacionado con el tema de salud:

Cuadro No. 5. Marco legislativo de la Organización de la Salud en Colombia

Eje normativo		Norma base	Reformas
"Código Sanitario Nacional"		Ley 9ª de 1979	* En trámite
Sistema General de Seguridad Social Integral (SSSI)	**Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS**	Ley 100 de 1993, Libro II	Ley 1122 de 2007
	Sistema General de Riesgos Profesionales – SGRP (componente salud)	Ley 100 de 1993, Libro III Decreto legislativo 1295 de 1994	Ley 776 de 2002 * En trámite
SGP-S: Sistema General de Participaciones – SGP (en salud) Recursos y competencias territoriales en salud		Ley 715 de 2001, Título II	Ley 1122 de 2007 Ley 1176 de 2007

* Existen Proyectos de Reforma que no se han adelantado aún en el Congreso de la República

Además, es del caso enunciar otras normas de especial importancia entre las que aportan al modelo:

Ley 10 de 1990 Reorganiza el Sistema Nacional de Salud

Ley 643 de 2001 Monopolio rentístico de juegos de suerte azar [para la salud]

Ley 789 de 2003 Sistema de Protección Social (SPS)

Ley 1151 de 2007 Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2006-2010: Estado Comunitario: Desarrollo para todos

El piso de estos cuatro pilares y demás normas enunciadas es, naturalmente, la Constitución Nacional de la República de Colombia.

Cada una de las leyes enunciadas carga con sus respectivas reformas y toda su enorme reglamentación, y ello no se puede sino ir enunciando paulatinamente a lo largo del libro.

Con respecto a las normas explicadas, cabe anotar que todos corresponden a políticas de Estado, y sólo uno es política de gobierno, el Plan Nacional de Desarrollo. Además, las leyes sobre SGSSS, transferencias y PND comprenden otros aspectos diferentes al de la salud pero en este libro solo se estudiará la parte que concierne este tema.

Y por último, valga aclarar que muchas otras leyes tienen conexión directa con el sistema, pero ya no como pilares, sino de manera concurrente. Algunas de estas leyes se relacionan directamente con el sistema de salud, como:

Ley 361 de 1997 Integración social de las personas con limitación

Ley 647 de 2001 Régimen especial de las universidades públicas

Ley 691 2001 Grupos étnicos en SGSSS

Ley 972 de 2005 Ley de alto costo

Ley 1023 de 2006 Sobre madres comunitarias

Además, la legislación sanitaria en su extensión[23].

2.1 La constitución Política de Colombia y la salud

Según el Ministerio de la Protección Social (2007), "la seguridad social, entendida como un derecho inalienable que procura la garantía para la consecución del bienestar de la población y como factor de desarrollo de la sociedad, constituye un principio fundamental del Estado y una prioridad en el ordenamiento jurídico Colombiano (artículo 48 de la Constitución Política y artículos 1, 2, 10, 35 y siguientes de la Convención Iberoamericana de Seguridad Social, aprobada en Colombia por la Ley 516 de 1999).

"La trascendencia de ese derecho conlleva a la consagración constitucional de la seguridad social en salud como un servicio público esencial de carácter obligatorio, que se presta bajo la dirección, organización, regulación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (Artículos 48, 49 y 365 Constitución Política y Sentencias Corte Constitucional C- 616 de 2001 y C-130 de 2002).

"Para la protección del derecho inalienable y la adecuada prestación del servicio, la Constitución Política refirió al legislador la responsabilidad de establecer una organización integral, que se concretó en el conjunto de disposiciones legales y reglamentarias que constituyen el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que involucra un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que procuran la prestación del servicio y fijan condiciones de acceso en todos los niveles de atención, bajo el fundamento de garantizar la atención integral a toda población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, en óptimas condiciones de cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia (Artículos 48 y 49 de la Constitución Política y 1º, 2º, 3º, 4º, 152, 153, 155, 156, 157, 174, 202 y 211 de la Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001 y Ley 1122 de 2007).

"La constitución política de 1991 establece que la atención en salud, el saneamiento ambiental y la seguridad social son servicios públicos prestados bajo la dirección del Estado (artículo 48), consagra la salud como derecho fundamental para los niños (artículo 44); formula que debe ser garantizado a los ancianos e indigentes (artículo 46) y desde una perspectiva más general, lo considera un "derecho irrenunciable" para todos en el marco de un "Estado Social de Derecho".

[23] Véase el capítulo 2.2 "Código Sanitario Nacional" (página 63)

Cuadro No. 6. Derechos y Deberes en la Constitución colombiana[24]

Capítulos	Secciones
Título I. De los Principios Fundamentales (1/10)	
Título II. De los Derechos, las Garantías y los Deberes (11/40)	
1. Derechos fundamentales (11/41)	**Vida (11)**; Desaparición-Tortura (12); Libertad-Igualdad, Discriminación (13); Personalidad jurídica (14); Intimidad, Buen nombre (15); Libre desarrollo personalidad (16); Esclavitud, Servidumbre (17); Libertad conciencia (18); Libertad cultos (19); Libre expresión, difusión pensamiento y opiniones, dar y recibir información veraz e imparcial (20); Honra (21); Paz (22); presentar peticiones (23); circulación libre (24); Trabajo (25); Escoger profesión u oficio (26); Libertad enseñanza (27); Toda persona es libre (28); Debido proceso (29); habeas corpus (30); Apelación sentencia judicial (31); Declaración contra sí mismo (33); Destierro (34); Extradición (35); Asilo (36); Reuniones-manifestaciones públicas (37); Libre asociación (38); Constitución sindicatos (39); Derecho político (40)
2. Derechos sociales, económicos y culturales (42/77)	Familia (42); Mujeres y hombres tienen iguales derechos (43); Niños (44); Adolescente (45); Tercera edad (46); Disminuidos (47); **Seguridad social (48); Atención salud (49);** Menores un año (50); Vivienda digna (51); Recreación (52); Trabajo (53); Huelga (56); Propiedad privada (58); Propiedad intelectual (61); Educación (67); Cultura (70); Libertad información y prensa (73)

[24] Fuente: "Esquema de la nueva constitución política de la República de Colombia". Documento: "Informe sobre la situación de derechos humanos en Colombia". Organización de Estados Americanos. En: http://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/html/informes/osi/cidh/CIDH (Fecha de consulta: octubre de 2007)

Capítulos	Secciones
3. Derechos colectivos y del ambiente (78/82).	Espectro electromagnético (76); Ambiente sano (79); Recursos naturales (80); Prohibición: armas químicas, recursos genéticos, etc. (81)
4. Protección y aplicación de los derechos (83/94)	Habeas corpus, Recurso de Amparo (85), Tutela 86; Indemnización (89); Prevalencia norma internacional (93)
5. Deberes y obligaciones (95)	

El MPS, tomando como base los artículos 48 y 49 de la Constitución Política y los artículos 1º, 2º, 3º, 4º, 152, 153, 155, 156, 157, 174, 202 y 211 de la Ley 100 de 1993, la Ley 715 de 2001 y la Ley 1122 de 2007, concluye que "para la protección del derecho inalienable y la adecuada prestación del servicio, la Constitución Política refirió al legislador la responsabilidad de establecer una organización integral, que se concretó en el conjunto de disposiciones legales y reglamentarias que constituyen el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que involucra un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que procuran la prestación del servicio y fijan condiciones de acceso en todos los niveles de atención, bajo el fundamento de garantizar la atención integral a toda población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, en óptimas condiciones de cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia".

El Estado Social de Derecho y la salud en la Constitución

El Título I de la Constitución "De los principios fundamentales", dicta en su Artículo 1º que "Colombia es un **Estado social de derecho**, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general" (destacado nuestro).

El concepto de Estado Social de Derecho nació en Europa en la segunda mitad del siglo XX, como una forma de organización estatal encaminada a "realizar la justicia social y la dignidad humana mediante la sujeción de las autoridades públicas a los principios, derechos y deberes sociales de orden constitucional"[25] En esa medida, el presupuesto central sobre el cual se construye este tipo de organización política es el de una íntima e inescindible interrelación entre las esferas del "Estado" y la "sociedad", la cual se visualiza ya no como un ente compuesto de sujetos libres e iguales en abstracto –según ocurría bajo la fórmula clásica del Estado liberal decimonónico-, sino como un conglomerado de personas y grupos en condiciones de desigualdad real[26]. Según lo ha señalado esta Corporación, "con el término 'social' se señala que la acción del Estado debe dirigirse a garantizarle a los asociados condiciones de vida dignas. Es decir, con este concepto se resalta que

[25] Corte Constitucional (República de Colombia). Sentencia C-1064 de 2001, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa y Jaime Córdoba Triviño (S.V., Magistrados Jaime Araujo Rentería, Alfredo Beltrán Sierra, Rodrigo Escobar Gil y Clara Inés Vargas Hernández)

[26] Corte Constitucional (República de Colombia). Sentencia C-566 de 1995, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz

la voluntad del Constituyente en torno al Estado no se reduce a exigir de éste que no interfiera o recorte las libertades de las personas, sino que también exige que el mismo se ponga en movimiento para contrarrestar las desigualdades sociales existentes y para ofrecerle a todos las oportunidades necesarias para desarrollar sus aptitudes y para superar los apremios materiales."[27]

La Carta consagra una segunda generación de derechos ("Derechos sociales, económicos y culturales"), tras los fundamentales, que destacan la solidaridad humana y la obligación del Estado de ir más allá de respetar al ciudadano, de protegerlo, especialmente cuando se encuentra en condiciones de especial vulnerabilidad (mujeres, niños, en especial menores un año, tercera edad, discapacitados), protegiendo la célula básica de la sociedad, la familia, y ofreciendo algunas herramientas para el logro de estos derechos (como seguridad social, atención en salud, recreación, trabajo y huelga, educación y cultura).

A su vez, según el Ministerio de la Protección Social[28] (2007),

> *"La seguridad social, entendida como un derecho inalienable que procura la garantía para la consecución del bienestar de la población y como factor de desarrollo de la sociedad, constituye un principio fundamental del Estado y una prioridad en el ordenamiento jurídico Colombiano (artículo 48 de la Constitución Política y artículos 1, 2, 10, 35 y siguientes de la Convención Iberoamericana de Seguridad Social, aprobada en Colombia por la Ley 516 de 1999).*
>
> *"La trascendencia de ese derecho conlleva a la consagración constitucional de la seguridad social en salud como un servicio público esencial de carácter obligatorio, que se presta bajo la dirección, organización, regulación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (Artículos 48, 49 y 365 Constitución Política y Sentencias Corte Constitucional C- 616 de 2001 y C-130 de 2002).*
>
> *(…)*
>
> *"La constitución política de 1991 establece que la atención en salud, el saneamiento ambiental y la seguridad social son servicios públicos prestados bajo la dirección del Estado*

---

[27] Corte Constitucional (República de Colombia). Sentencia SU-747 de 1998 M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz

[28] "Evaluación de las acciones de promoción, protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública a cargo del régimen contributivo. Resultados anualizados 2006. Bogotá, Junio de 2007". En: www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16187DocumentNo4223.PDF (Consultado: marzo de 2008)

(artículo 48), consagra la salud como derecho fundamental para los niños (artículo 44); formula que debe ser garantizado a los ancianos e indigentes (artículo 46) y desde una perspectiva más general, lo considera un "derecho irrenunciable" para todos en el marco de un "Estado Social de Derecho".

Y hasta allí, el discurso coincide perfectamente con el ofrecido desde el ámbito constitucionalista. Sin embargo agrega el documento que:

"Para la protección del derecho inalienable y la adecuada prestación del servicio, la Constitución Política refirió al legislador la responsabilidad de establecer una organización integral, que se concretó en el conjunto de disposiciones legales y reglamentarias que constituyen el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que involucra un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que procuran la prestación del servicio y fijan condiciones de acceso en todos los niveles de atención, bajo el fundamento de garantizar la atención integral a toda población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, en óptimas condiciones de cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia (Artículos 48 y 49 de la Constitución Política y 1º, 2º, 3º, 4º, 152, 153, 155, 156, 157, 174, 202 y 211 de la Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001 y Ley 1122 de 2007).

Es allí donde se formula el gran dilema, ya que sí existen dos sistemas conceptuales que parecen no concurrir: El de la Salud desde el Estado Social de Derecho y el del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

A su vez, la Corte Constitucional plantearía la disyuntiva desde esta perspectiva:

"Para efectos del desarrollo legislativo de estas atribuciones, el Congreso no goza de una capacidad de configuración total, "por cuanto la Carta establece unos principios básicos que obligatoriamente orientan la seguridad social, y que por ende limitan la libertad de configuración del Legislador. Dichos límites están señalados en la misma Constitución Política, y son tanto de carácter formal (competencia, procedimiento y forma), como de carácter sustancial, que están determinados por los valores y principios en que se funda el Estado Social de Derecho *(dignidad de la persona humana) y en las cláusulas propias del*

modelo económico de la Constitución (intervención del Estado y planificación económica, propiedad privada y libertad de empresa e iniciativa privada)." [29]

Es muy importante observar que la Corte Constitucional viene desde hace tiempo dando claridad meridiana sobre los alcances de la legislación y la normatividad con relación al tema de la salud, y reiterando que estos están subordinados al interés del Estado Social de Derecho.

La Salud como derecho fundamental[30]

"Inicialmente se dijo que el derecho a la salud no era por sí mismo un derecho fundamental y que únicamente sería protegido en sede de tutela cuando pudiera mostrarse su estrecha conexión con el derecho a la vida. (…) Con el paso del tiempo, no obstante, esta diferenciación tiende a ser cada vez más fluida, hasta el punto en que ***hoy sería muy factible afirmar que el derecho a la salud es fundamental no sólo por estar conectado íntimamente con un derecho fundamental - la vida - pues, en efecto, sin salud se hace imposible gozar de una vida digna y de calidad - sino que es en sí mismo fundamental****. (…)*[31]

Cuadro No. 7. Posiciones de la Corte Constitucional en cuanto a la salud como derecho fundamental[32]

	Situaciones	Sentencias
Salud como Derecho fundamental autónomo	En los casos de: • Niños • Personas de la tercera edad • Personas con discapacidad física o mental	• T-085 de 2006 • T-850 de 2002 • T-1081 de 2001 • T-822 de 1999 • SU-562 de 1999 • T-209 de 1999 • T-248 de 1998

[29] Corte Constitucional (República de Colombia). Sentencia C-130 del 2002, M.P.: Jaime Araújo Rentería
[30] Véase para complementar este tema la sección 3.1.3 "El POS "plus": Comités técnico-científicos y tutelas" (página 160)
[31] Sentencia T-573 de 2005. MP. Dr. Humberto Sierra Porto.
[32] Adaptado y resumido de la Sentencia C-463 de 2008

	Situaciones	Sentencias
Salud como Derecho fundamental por conexidad	Cuando su afectación involucra derechos fundamentales como: • Vida • Integridad personal • Dignidad humana	• T-133 de 2007 • T-964 de 2006 • T-888 de 2006 • T-913 de 2005 • T-805 de 2005 • T-372 de 2005
Salud como Derecho fundamental…	Conexión inescindible con el derecho a la vida o a la dignidad e incluso al libre desarrollo de la personalidad entre otras	T-409/95, T-556/95, T-281/96, T-312/96, T-165/97, SU.039/98, T-208/98, T-260/98, T-304/98, T-395/98, T-451/98, T-453/98, T-489/98, T-547/98, T-645/98, T-732/98, T-756/98, T-757/98, T-762/98, T-027/99, T-046/99, T-076/99, T-472/99, T-484/99, T-528/99, T-572/99, T-654/99, T-655/99, T-699/99, T-701/99, T-705/99, T-755/99, T-822/99, T-851/99, T-926/99, T-975/99, T-1003/99, T-128/00, T-204/00, T-409/00, T-545/00, T-548/00, T-1298/00, T-1325/00, T-1579/00, T-1602/00, T-1700/00, T-284/01, T-521/01, T-978/01, T-1071/01
Salud como Derecho fundamental en sí mismo	El derecho a la salud es en sí mismo fundamental	• T-573 de 2005 • T-016 de 2007 • T-1041 de 2006

La Sentencia T-760 de 2008

Recientemente la Corte Constitucional ha dejado una fuerte impresión de revolcón en el Sistema de Salud colombiano debido a la Sentencia T-760 de 2008 del 31 de julio de 2008 que resuelve 22 acciones de tutela en que se solicitaba proteger el derecho a la salud: 20 de ellas presentadas por particulares y las dos restantes por Sanitas EPS. Analizando la Sentencia T-760 de 2008 es claro que, para la salud de los colombianos, el sistema de salud (y por tanto sus actores) no están funcionando como debieran hacerlo, según ordenó la Constitución de 1991 y la Ley 100 de 1993 desde su inicio.

El lenguaje empleado en la Sentencia es inusual: "Cronograma de órdenes". La Corte reparte órdenes a diestra y siniestra: Al Ministerio de la Protección Social, a sus entidades adscritas (Supersalud, Comisión de Regulación en Salud CRES), al administrador fiduciario de FOSYGA

(FIDUFOSYGA 2005), a las EPS… Hasta a la realidad: Para enero de 2010 deberá existir cobertura universal y sostenible del sistema de salud.

Se pueden resumir las órdenes de la Sentencia T-760 de 2008 así: Unificar POS y POS-S (primero en niños); actualizar los POS, y mantenerlos actualizados; facilitar el acceso a prestaciones fuera del POS y del POS-S a través de la gestión de los CTC, de manera que se disminuya la necesidad de incoar tutelas; re-calcular la UPC y la UPC-S; facilitar los recobros que pueden hacer las EPS del FOSYGA; identificar los actores (EPS, IPS) que están propiciando las acciones de tutela, y las causas; que las EPS den a los usuarios abundante información previa y posterior a la afiliación, de manera que les facilite la elección de asegurador, de prestador, y la veeduría; al Ministerio de la Protección Social, que adopte las medidas necesarias para asegurar la cobertura universal sostenible del Sistema de Seguridad en la fecha fijada por la Ley (antes de enero de 2010); que los destinatarios de todas las órdenes dadas, informen periódicamente sobre sus acciones.

Otras consideraciones se refieren a que a los usuarios no se les debe trasladar trámites ni sobre-costos en la provisión de los tratamientos (por ejemplo, el lente intraocular es parte de la cirugía respectiva).

En realidad, casi todo lo que dice esta Sentencia ya lo decían las normas, sólo que no se cumplió, y no pasaba nada. Ahora lo dijo el máximo Juez Constitucional. Si los obligados no lo cumplen, les podrán iniciar un Incidente por Desacato.

Contra la tutelitis se propone remedio: Cerca de la tercera parte de las acciones de tutela que se interponen, según la Defensoría del Pueblo, son reclamaciones de servicios de salud (610.000 entre 1999 y 2007) y la mitad de éstas son para solicitar servicios, procedimientos y medicamentos contenidos en el POS. A las aseguradoras parece que les resulta ventajoso que el paciente dé curso a las tutelas antes que al Comité Técnico Científico (CTC), en el que le corresponde asumir más de la mitad de los costos; también a los prestadores de mayor complejidad les resulta más expedita la vía tutela. A raíz de la Sentencia C-463 de 2008 se expidió la resolución 3099/08 que deroga la resolución 2933 de 2006. Es posible que la simplificación del trámite, la ampliación de los beneficios y la presión de la Corte estimule la provisión de servicios de salud No-POS por medio del CTC, en deterioro de la tutela.

El Estado Social de Derecho en la Sentencia T-760 de 2008

Algunos apartes donde se hace en la Sentencia mención explícita de los alcances del Estado Social de Derecho en cuanto a la salud:

> *"La Corte no sólo reconoce que la defensa de muchas de las facetas prestacionales de un derecho constitucional requiere acciones variadas y complejas por parte del Estado. También reconoce que les compete a las autoridades constitucionalmente establecidas para tal labor, decidir cuáles son las acciones y medidas necesarias para que se garantice el derecho del accionante. Garantizar el goce efectivo de los derechos fundamentales, sean estos de libertad o sociales, es un mandato constitucional que irradia el ejercicio del poder público y determina una de sus funciones principales en un Estado Social de Derecho."*
>
> *(…)*
>
> *"Para la jurisprudencia constitucional, cuando el goce efectivo de un derecho constitucional fundamental depende del desarrollo progresivo, "lo mínimo que debe hacer [la autoridad responsable] para proteger la prestación de carácter programático derivada de la dimensión positiva de [un derecho fundamental] en un Estado Social de Derecho y en una democracia participativa, es, precisamente, contar con un programa o con un plan encaminado a asegurar el goce efectivo de sus derechos. Por ello, al considerar un caso al respecto, la Corte señaló que si bien el accionante 'no tiene derecho a gozar de manera inmediata e individualizada de las prestaciones por él pedidas, sí tiene derecho a que por lo menos exista un plan' (…) "la faceta prestacional y progresiva de un derecho constitucional permite a su titular exigir judicialmente, por lo menos, (1) la existencia de una política pública, (2) orientada a garantizar el goce efectivo del derecho y (3) que contemple mecanismos de participación de los interesados."*
>
> *(…)*
>
> *"Así, desde su inicio, la jurisprudencia constitucional consideró que toda persona tiene derecho a que se le garantice el acceso a los servicios que requiera 'con necesidad' (que no puede proveerse por sí mismo). En otras palabras, en un Estado Social de Derecho, se le brinda protección constitucional a una persona cuando su salud se encuentra afectada de forma tal que compromete gravemente sus derechos a la vida, a la dignidad o a la integridad personal, y carece de la capacidad económica para acceder por sí misma al servicio de salud que requiere".*

Cuadro No. 8. Cronograma de Órdenes de la Corte Constitucional Sentencia T-760 de 2008

Fecha	Primer Tema: Reforma, actualización y adecuación de los planes de Beneficios (POS y POS-S)	Segundo Tema: Garantía de financiación oportuna y adecuada del goce efectivo del derecho a la salud
Antes de marzo 15 de 2009	• Ampliación automática de las facultades al Comité Técnico Científico, para que pueda autorizar servicios de salud diferentes a medicamentos • Informe de SNS y MPS sobre los servicios de salud que las EPS demoran • Actualización integral por parte de la CRES de los Planes de beneficios del régimen contributivo y subsidiado • Primer informe de las EPS sobre los servicios de salud que continúan negando • Cronograma de la CRES para la unificación de los planes de beneficios del régimen contributivo y del régimen subsidiado • Primer informe anual del MPS sobre la reducción de las acciones de tutela • Informe de la CRES sobre avances en la unificación de los planes de beneficios del régimen contributivo y subsidiado para l@s niñ@s • Informe del MPS sobre regulación del trámite interno del médico tratante para que la EPS autorice directamente servicios de salud diferentes a medicamentos	• Obligación del FOSYGA de acometer el trámite de solicitudes de recobro una vez la sentencia de tutela que ordena la prestación del servicio médico se encuentre en firme • Informe del MPS y FOSYGA sobre cumplimiento de la orden de eliminar obstáculos para el recobro • Plan de Contingencia del MPS y FOSYGA para agilizar el trámite y pago de las solicitudes de recobro atrasadas • Primer informe bimensual del MPS y FOSYGA sobre ejecución del Plan de Contingencia • Regulación del MPS sobre medidas para el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro • Ejecución total del plan de contingencia del MPS y FOSYGA para trámite y pago de las solicitudes de recobro atrasadas • Mecanismo subsidiario de compensación en caso de que el MPS y FOSYGA no hayan reembolsado al menos el 50% de lo adeudado

Fecha	Primer Tema: Reforma, actualización y adecuación de los planes de Beneficios (POS y POS-S)	Segundo Tema: Garantía de financiación oportuna y adecuada del goce efectivo del derecho a la salud
Julio 1º de 2009	• [Regulación para que el] MPS garantice que los usuarios al afiliarse a una EPS reciban una carta de derechos del paciente y una carta de desempeño de las EPS e IPS	• Fecha para que MPS y FOSYGA cancelen la totalidad de los recobros atrasados
Junio 30 de 2009		• Regulación del MPS para el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro
Octubre 1º de 2009	• Unificación de la CRES de los planes de beneficios del régimen contributivo y subsidiado para l@s niñ@s	
Enero de 2010	• Cobertura universal y sostenible del sistema de salud	
Febrero 1º de 2010	• Segundo informe de la CRES sobre actualización anual de los planes de beneficios	

Nota: Si la Comisión de Regulación en Salud no está integrada y funcionado, las órdenes deberán ser cumplidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

2.2 Código Sanitario Nacional

2.2.1 Generalidades

Antecedentes

La Conferencia de Naciones Unidas sobre el Ambiente Medio Humano, celebrada en Estocolmo en 1972, marcó derroteros importantes sobre lo que sería la atención del medio ambiente, y concluyó que todos los gobiernos debían tomar decisiones para garantizar la calidad del medio con el propósito de asegurar el bienestar humano en el largo plazo, como uno de los primeros pronunciamientos de lo que más tarde se denominó "desarrollo sostenible". Ya para 1975, coincidiendo con la consolidación del Sistema Nacional de Salud SNS, se puede apreciar en el conjunto de programas de atención al medio ambiente y uno de los principales frentes de interés fue el agua potable. En el mismo período se iniciaron otros proyectos de cooperación de la OPS de enorme interés ecológico, como el monitoreo de la calidad del aire, el manejo de los desechos sólidos y el reciclaje.

El Department of Health, Education and Welfare, (1979), define a la Salud Ambiental como la "parte de la Salud Pública que se ocupa de las formas de vida, las sustancias, las fuerzas y las condiciones del entorno del hombre, que puedan influir sobre su salud y bienestar". A su vez la OPS (1993) especifica que "la salud ambiental comprende los aspectos de la salud humana, determinados por factores físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales presentes en el ambiente. Esto incluye la práctica y teoría de evaluar, corregir, controlar y prevenir los factores en el ambiente que puedan afectar la salud de la presente y futuras generaciones".

Para junio de 2000, la OPS/OMS, expone que los esfuerzos para intervenciones en salud ambiental se enmarcan en quince diferentes áreas de actuación, que se priorizan según satisfacción de necesidades de acuerdo a la realidad de cada país y/o región:

- Accidentes
- Agua para consumo humano
- Aguas residuales
- Aire exterior e interior
- Alimentos
- Cuencas hidrográficas
- Medio ambiente
- Desechos sólidos

- Desechos hospitalarios
- Emergencias y desastres naturales
- Emergencias químicas
- Excretas
- Plaguicidas
- Medicamentos
- Otras sustancias químicas
- Radiaciones, ruidos y la salud ambiental en establecimientos de alto riesgo sanitario

Aparece la Ley 9ª

El Sistema Nacional de Salud SNS generó un sistema sanitario segmentado en tres subsectores: el subsector oficial, o Sistema Nacional de Salud propiamente dicho, el subsector de la seguridad social y el subsector privado. El primer subsector llegó a su máximo desarrollo con la Ley 9ª de 1979, que hace énfasis en medidas de vigilancia y control sobre diferentes aspectos que determinan la salud de la población y define condiciones sobre medidas sanitarias de seguridad, medidas sancionatorias y medidas preventivas. Esta norma no se pronuncia frente a la promoción de la salud, concepto que para la época no se había desarrollado como política internacional.

Según Gómez (FNSP- U. de A.) "En nuestro país la salud pública se ha regido desde 1979 por la Ley 9ª, una norma muy completa y compleja de 12 capítulos y 607 artículos, aún vigente en la mayoría de sus disposiciones, y que es conocida como Código Sanitario. Promulgada al año siguiente de la Conferencia de Alma Ata y en el contexto de un país que apenas 4 años antes había creado un Sistema Nacional de Salud a la usanza de los Estados de bienestar predominantes en Europa, la Ley 9ª refleja la conciencia política y los valores de su época, entre ellos: el reconocimiento del Estado como máxima autoridad, y su responsabilidad como administrador y ejecutor de acciones sanitarias; la legitimidad de la regulación sanitaria; la importancia de la prevención; la necesidad de integrar las acciones y los recursos del Estado y los particulares para la protección de la salud y el predominio del bien público sobre el interés privado. Aún antes de la Constitución de 1991 y en una época cuando se creía en la institucionalidad estatal como requisito para garantizar el bienestar social, la Ley 9ª no tuvo reparos en reconocer: que la salud es un bien de interés público (Art. 594), que todo habitante tiene el derecho a las prestaciones de salud en la forma que las leyes y reglamentaciones especiales lo determinen, pero también el deber de proveer a la conservación de su propia salud y de concurrir al mantenimiento de la salud de la comunidad (Art. 595); que todo habitante tiene el derecho a vivir en un ambiente sano y a la vez el deber de proteger y mejorar el ambiente que lo rodea (Art. 596) y que ninguna persona podrá actuar o ayudar

en actos que signifiquen peligro, menoscabo o daño para la salud de terceros o de la población (Art. 605). En su pretensión de actuar como Código Sanitario, la Ley 9ª integró también normas relacionadas con asuntos tan diversos como la gestión del ambiente, los servicios de atención médica y la vigilancia y el control sanitarios, funciones que encajaban perfectamente en la estructura del Sistema Nacional de Salud vigente y en la concepción de un Estado diseñado para responder de forma articulada por las necesidades de la población".

De acuerdo con el documento "Legislación sanitaria colombiana: vigencia y limitaciones" (abril de 2005) elaborado por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (FNSP - U. de A, 2005), "el espíritu de la Ley 9ª de 1979, concreta una escisión fundamental entre lo sanitario y lo asistencial, característica que ha marcado el desarrollo del sistema de salud en Colombia. Lo sanitario se ha entendido como el conjunto de actividades que se ocupan en la búsqueda, la prevención y el control de factores de riesgo, ubicados fundamentalmente en el ambiente y en el consumo, identificando también el ambiente laboral como riesgoso para la salud. A su vez, desarrolla un concepto salud-enfermedad, basado en la tríada ecológica, la relación entre el ambiente, el huésped y el agente. Con fundamento en este enfoque, la Ley 9ª de 1979 se ocupaba de los agentes y del ambiente. Por su parte, la estructura asistencial debía ocuparse de lo que los epidemiólogos denominan el huésped o el hospedero, mediante acciones especificas de protección como la vacunación, los programas especiales de prevención y control y la articulación de la atención a las personas organizada por niveles de complejidad.

"Es importante anotar también que la Ley 9ª de 1979, nació a la par con la Meta de Salud para todos en el año 2000 (SPT-2000) y con la estrategia de atención primaria de salud APS. Un argumento había marcado desde hacía mucho tiempo el desarrollo de los conceptos de salud y enfermedad en los países anglosajones: las enfermedades crónicas eran derivadas del comportamiento y las enfermedades agudas derivadas de los problemas ambientales. En consecuencia, si se quería hacer prevención de las enfermedades agudas, se debían realizar acciones ambientales y si se quería hacer prevención de las enfermedades crónicas, era por medio de la educación en salud para fomentar comportamientos saludables. La estrategia de la atención primaria intentaba hacer una simbiosis entre el control sanitario y la acción asistencial. El trabajo de los equipos comunitarios de salud, de los comités populares de salud y de los promotores de salud, era un ámbito donde se integraban tanto unas como otras acciones".

Ley 9ª de 1979, "por la cual se dictan medidas sanitarias"

Título I. De la protección del medio ambiente

Título II. Suministro de agua

Título III. Salud ocupacional

Título IV. Saneamiento de edificaciones

Título V. Alimentos

Título VI. Drogas, medicamentos, cosméticos y similares

Título VII. Vigilancia y control epidemiológico

Título VIII. Desastres

Título IX. Defunciones, traslado de cadáveres, inhumación y exhumación, trasplante y control de especímenes

Título X. Artículos de uso domestico

Título XI. Vigilancia y control

Título XII. Derechos y deberes relativos a la salud

Camino al SGSSS y el descontrol sanitario

En 1992, se realiza la Conferencia de las Naciones Unidas en Río de Janeiro, en donde se redacta la Agenda 21 sobre Medio Ambiente y desarrollo sostenible, en que se determina que los problemas de salud que emergen en el hombre por su relación con el ambiente en que vive y trabaja son de dos tipos: (1) enfermedades transmisibles, y (2) enfermedades crónico-degenerativas y algunos síndromes. Las primeras son, por ejemplo, las transmitidas por agua -cólera, hepatitis, salmonelosis o cryptosporidiosis-, que tienen que ver más con el saneamiento básico; las segundas se refieren a

ciertas malformaciones congénitas, inmunodeficiencias o tipos de cáncer, relacionados con sustancias químicas contaminantes y con la calidad ambiental.

Continuando con el documento de la U. de A., en el ámbito nacional a partir de la reforma del SGSSS el término "salud pública" no significa más que acciones colectivas cuyo costo no puede cargarse a un individuo en particular y en consecuencia no pueden sujetarse a los principios básicos de oferta y demanda. El mismo modelo económico que impulsa la reforma sanitaria, propone el desmonte de las infraestructuras de control estatal y la reducción de la capacidad del Estado para intervenir sobre los agentes generadores de riesgos.

Finalmente, la transformación de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado, implicó en muchos casos la liquidación y salida de muchos funcionarios y entre ellos, los que se ocupaban de las acciones de control sanitario: el personal de saneamiento, los vacunadores, los epidemiólogos, las enfermeras comunitarias y los promotores de salud. De acuerdo con la reforma, las secretarías municipales de salud debían desarrollar sus propios servicios de salud pública; sin embargo, el proceso de empalme se hizo de forma desarticulada y durante este lapso se perdió mucho de la memoria tecnológica del sector.

El deterioro de los indicadores comprometía las coberturas de vacunación, la desintegración de los equipos comunitarios de salud, el desmonte de los programas especiales, la caída de la vigilancia y el control en salud pública y la desintegración de la institucionalidad que controlaba los riesgos. Se observó también un aumento en la incidencia de enfermedades vectoriales, como la malaria, el dengue y la fiebre amarilla.

¿Se reforma la salud pública?

La primera explicación que trataron de dar los orientadores del sector a la crisis de la salud pública develada a finales de siglo fue sencilla: Reformar el código sanitario. Por ese entonces el SGSSS era bastante más bienquisto que ahora, y esa respuesta parecía lógica. Es más, un resabio de aquel entonces ha permanecido inexplicablemente hasta ahora: La desarticulación de los procesos de reforma de la Ley 9ª de 1979 y de la Ley 100 de 1993; a pesar de la profunda relación de su objeto.

El Ministerio propuso entonces modificar la legislación sanitaria y promovió la elaboración del proyecto 156-S de 1999 que pretendía reformar la Ley 9ª de 1979 y que se sometió a la discusión entre diferentes grupos de expertos en el país. En el proyecto se advierte una intencionalidad por otorgar a la Salud Pública el estatus jurídico de derecho esencial, perfilando las responsabilidades y

deberes estatales, colectivos e individuales que ello implica y por devolverle al Ministerio, el papel de organismo rector de políticas en salud pública y por llenar los vacíos e inoperancia en el ámbito de la vigilancia y control (varios de esos vacíos serían llenados posteriormente en la Ley 715 de 2001 y la Ley 1122 de 2007).

El proyecto 156-S se presentó y pasó por todos los debates en las comisiones correspondientes, pero en el momento de llegar a la plenaria de la Cámara de Representantes, al final de la legislatura, la prioridad estaba orientada al proyecto de reforma constitucional destinado a reorganizar el sistema de transferencias de la Nación a los entes territoriales (que sería el Acto Legislativo 01 de 2001). Además, los empresarios veían el nuevo código como un conjunto de obligaciones costosas en medio de la crisis económica y ejercieron presión sobre el gobierno para evitar su aprobación, según expertos, y muy a instancias de la ANDI según relata el entonces senador Carlos Corsi Otálora en la ponencia registrada en el libro "Enfoques y Dilemas Contemporáneos en Salud Pública" editado por la Universidad Nacional de Colombia. Así, la problemática de la salud pública seguiría, otra vez, en el limbo.

Según Gómez (FNSP, U. de A:, 2007) "en diciembre de 2004, el Ministerio de la Protección Social retomó la iniciativa de reformar la Ley 9ª y comisionó a la Facultad Nacional de Salud Pública para apoyar el proceso. A este respecto, la Universidad de Antioquia acordó con el Ministerio la recuperación de los avances cristalizados en el proyecto 156 de 1999 y fortalecer los consensos logrados mediante discusiones y mesas de trabajo que consultaran la opinión nacional, especialmente en las grandes ciudades. A lo largo de las reuniones, los participantes identificaron 6 grandes problemas que demandaban cambios urgentes en la política sanitaria nacional: 1) El deterioro de la salud pública. 2) La creciente amenaza de los nuevos riesgos para la salud provenientes no sólo de las epidemias sino también de los patrones de consumo y del nuevo orden económico y social. 3) La retracción y debilitamiento del Estado en materia de responsabilidades frente al bienestar de la población. 4) El debilitamiento de la autoridad sanitaria en los diferentes niveles territoriales, especialmente en los municipios. 5) La influencia creciente de los intereses particulares en la gestión del Estado y sus políticas en detrimento de los intereses públicos, y 6) La desarticulación, dispersión, fraccionamiento y disfuncionalidad de las normas sanitarias vigentes.

Cuadro No. 9. Estructura de la propuesta de reforma a la Ley sanitaria[33]

	Capítulo I	Objetivo, ámbito de aplicación, normas generales
Título I Protección de la salud pública en el hábitat y en los procesos productivos, sociales, culturales, científicos y tecnológicos	Capítulo I	Protección del hábitat (protección del hábitat, política poblacional, espacio público, edificaciones e instalaciones; puertos, aeropuertos, terminales y puestos fronterizos; aire, suelo, prestación de los servicios públicos domiciliarios y uso del agua, manejo de los residuos, recursos y fuentes de energía, sustancias peligrosas, plaguicidas, artículos pirotécnicos, sustancias radioactivas y equipos emisores, manejo de cadáveres, componentes anatómicos y de la certificación de la muerte, productos pecuarios y fauna silvestre, zoonosis y enfermedades comunes entre los animales y el hombre)
	Capítulo II	Alimentos, bebidas alcohólicas, medicamentos, cosméticos y otros productos para el consumo humano
	Capítulo III	Protección de la salud en la prestación de los servicios de salud y de asistencia social
	Capítulo IV	Procesos sociales
	Capítulo V	Prevención y control de enfermedades de interés en salud pública y situaciones de emergencia y desastre
	Capítulo VI	Protección de la salud en el ambiente laboral
	Capítulo VII	Procesos de desarrollo científico y tecnológico: • Normas generales • Desarrollo científico • Desarrollo tecnológico
Título II	Capítulo I	Integración funcional para la protección de la salud pública

[33] Está sujeta a cambios

Organización y administración para la protección de la salud pública	Capítulo II	De la rectoría de la salud pública
	Capítulo III	• Gestión de la protección en salud pública • Sistemas de gestión y control de calidad
	Capítulo IV	Inspección, vigilancia y control
	Capítulo V	Funciones generales para la protección de la salud pública
	Capítulo VI	Inspección, vigilancia y control administrativa: • Del registro sanitario • De las medidas sanitarias
	Capítulo VII	Recursos para la promoción y protección de la salud pública

Algunos pretenden que la salud pública puede mejorarse ajustando la normatividad vigente y sin modificar sustancialmente el sistema de aseguramiento; otros, en cambio, consideran que el problema en materia de política sanitaria no radica en el articulado de la Ley 9ª sino en la voluntad política del gobierno para defender tanto sus disposiciones como los principios constitucionales, y que en el actual contexto nacional una reforma de la Ley podría dar lugar a cambios regresivos en materia de política social.

Legislación adicional relacionada con el tema sanitario

La Constitución de 1991 en el artículo 49 establece que la atención de la salud y el saneamiento ambiental, son servicios públicos a cargo del Estado. Legislando la Carta Magna se promulgaron en 1993 tres disposiciones que aluden de forma importante a las responsabilidades de un estado en proceso de descentralización, frente a la vigilancia y control de la salud pública:

- Ley 715 de 2001, que a su vez define los recursos y competencias de los entes territoriales y fija sus responsabilidades en las áreas de vigilancia y control en general y de vigilancia y control epidemiológico.
- Ley 99 de 1993 o Ley Nacional Ambiental, que regula el agua como recurso natural y define la competencia y autonomía de las Corporaciones Autónomas Regionales.

- Ley 100 de 1993, que crea el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, INVIMA, cuyo objeto es el control de la calidad de insumos con impacto en la salud individual y colectiva y que en la reforma (Ley 1122 de 2007) reglamenta el Plan Nacional de Salud Pública.

Posteriormente surgen otras disposiciones en las que se pretende llenar los vacíos generados por las reformas sanitarias, la descentralización y la distribución de competencias. Las principales son:

- Decreto-ley 1298 de 1994, regula la vigilancia y control epidemiológico y la vigilancia y el control
- Ley 232 de 1995, regula el funcionamiento de los establecimientos comerciales y asigna competencias de vigilancia y control a los alcaldes
- Ley 191 de 1995, fija disposiciones sobre zonas de frontera
- Decreto 3075 de 1997 distribuye responsabilidades en materia de vigilancia y control de las buenas prácticas de manufactura (Minsalud, INVIMA, DTS)
- Ley 395 de 1997, establece la erradicación de la fiebre aftosa
- Ley 373 de 1998, establece el programa para el uso eficiente del agua potable
- Ley 430 de 1998, define normas prohibitivas en materia ambiental
- Ley 589 de 2000 o Código Penal. El Título XII en su capítulo I define y penaliza los “Delitos contra la salud pública”. La Ley 1220 de 2008 aumenta las penas para los delitos contra la Salud Pública
- Ley 812 de 2003. Establece que la dirección del ente territorial debe asumir la gestión de la salud pública y determina que el esquema de gestión, de IVC, deberá estar debidamente soportado por un sistema integral de información.
- Decreto 3032 de 2007 que reglamenta el Plan Nacional de Salud Pública

La reglamentación sanitaria colombiana es demasiado abundante y dispersa. Por otra parte, en el sistema de vigilancia y control de la salud y sus determinantes, intervienen múltiples actores: entre los que se destacan el MPS y entidades adscritas (INS, INVIMA); el ministerio de agricultura y sus entidades (ICA); los ministerios de transporte, comercio exterior y de medio ambiente, el ICONTEC -creado por el ministerio de justicia con competencia para establecer las normas técnicas sobre calidad- y la Procuraduría General de la Nación.

2.2.2 Contenidos de la Ley 9ª de 1979[34]

Control del ambiente y saneamiento básico

Para la protección del Medio Ambiente la Ley 9ª establece que son condiciones sanitarias del ambiente las necesarias para asegurar el bienestar y la salud humana.

Residuos líquidos.

Todo desarrollo urbanístico debe dotarse de un sistema de alcantarillado u otro sistema de disposición de residuos. Los responsables de posibles vertimientos deben tomar las medidas para evitar contaminar las aguas. Una vez construidos los sistemas de tratamiento de aguas se debe informar al Ministerio para comprobar la calidad del afluente.

En la realización de planes de ordenamiento urbano deben tenerse en cuenta, para la ubicación de las zonas industriales, las incidencias de las descargas de residuos en los sistemas de alcantarillado municipal, incidencia en los sistemas municipales de tratamiento, efectos sobre la utilización actual o futura de las aguas, posibilidad de construcción de sistema de tratamiento y de alcantarillado para aguas residuales y aguas lluvias, conveniencia de zonificar el área industrial y régimen de caudales de la fuente receptora.

El Ministerio debe hacer investigaciones y pruebas de biodegradabilidad en los productos que se expendan en el país y reglamentar el uso de productos no biodegradables, así como modificar o prohibir cualquier sustancia en razón a su peligrosidad para la salud y el ambiente.

Residuos sólidos.

No pueden utilizarse las aguas como sitio de disposición final de residuos sólidos salvo autorización. Los establecimientos no pueden almacenar a campo abierto o sin protección las basuras

[34] Aparte del digesto de la norma, los elementos tratados en el resto de la sección son tomados del documento "Legislación sanitaria colombiana: vigencia y limitaciones" (abril 14 de 2005), que se presenta como "síntesis de los análisis realizados hasta la fecha por las comisiones interinstitucionales conformadas al interior del proyecto dirigido a proponer la reforma de la Ley 9ª de 1979 elaborado por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (FNSP - U. de A, 2005).

provenientes de sus instalaciones. Solamente se pueden utilizar como sitios de disposición de basuras los predios autorizados expresamente por el Ministerio.

El almacenamiento de basuras debe hacerse en recipientes o por períodos que impidan la proliferación de insectos o roedores y se eviten la aparición de condiciones que afecten la estética del lugar.

Cuando por la ubicación o el volumen de las basuras producidas, la entidad responsable del aseo no pueda efectuar la recolección, corresponderá a la persona o establecimiento productores su recolección, transporte y disposición final o contratar los servicios de un tercero autorizado. Igual quienes produzcan basuras con características especiales. Se prohíbe el sistema de quemas al aire libre para eliminación de basuras.

Las empresas de aseo deben ejecutar la recolección de las basuras con una frecuencia tal que impida la acumulación o descomposición en el lugar.

Disposición de excretas

Toda edificación ubicada en áreas o sectores que carezcan de alcantarillado debe dotarse de un sistema sanitario de disposición de excretas. Se prohíbe colocar letrinas directamente sobre fuentes de agua. Los sistemas de alcantarillado y disposición de excretas deben sujetarse a las normas.

Emisiones atmosféricas

Las normas de emisión de sustancias contaminantes de la atmósfera se refieren a la tasa de descarga permitida de los agentes contaminantes, teniendo en cuenta los factores topográficos, meteorológicos y demás características de la región. Se prohíbe descargar contaminantes en el aire en concentraciones y cantidades superiores a las establecidas. Cuando las emisiones a puedan sobrepasar los límites se deben aplicar los sistemas de tratamiento que permitan cumplirlos. No se permite el uso de combustibles que contengan sustancias o aditivos que sobrepasen los límites fijados.

En cumplimiento de las normas sobre emisiones atmosféricas el Ministerio puede exigir el cambio de los elementos dañinos e impedir o condicionar la circulación de fuentes móviles, incluso cuando produzcan ruidos.

Análisis

En la década de los setentas, el INDERENA tenía a su cargo la responsabilidad del control del medio ambiente. Durante la vigencia del sistema nacional de salud, el control de los establecimientos públicos estuvo a cargo de la unidad de saneamiento de los hospitales estatales, bajo la supervisión de las direcciones seccionales de salud de los departamentos hasta la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993, la creación del Ministerio del Medio Ambiente, y la Ley 33.

En Colombia las viviendas generan una gran cantidad de conflictos por problemas sanitarios (humedades, filtraciones, mal manejo de los desechos sólidos, convivencia con animales, aguas lluvias, hundimientos, etc.), sobre todo en las áreas urbanas. En ausencia de organismos y funcionarios competentes, el control sanitario de las viviendas derivó entonces en control de policía.

La Ley 1176 de 2007 establece la destinación de los recursos de la participación de agua potable y saneamiento básico en los distritos y municipios en subsidios a estratos subsidiables; financiamiento de proyectos; preinversión en diseños, estudios e interventorías; equipos requeridos; administración, operación, construcción, ampliación, optimización y mejoramiento de los servicios de acueducto, alcantarillado y aseo, en las zonas urbana y rural; programas de macro y micromedición; programas de reducción de agua no contabilizada; infraestructura de esquemas regionales de prestación de los municipios.

Agua para consumo humano

La Ley 9ª dicta normas para tomas de aguas, canales o tuberías, estaciones de bombeo, almacenamiento del agua y transporte. Los usos del agua para el control sanitario son: consumo humano, doméstico, preservación de la flora y fauna, agrícola y pecuario, recreativo, industrial y transporte.

No se permiten concentraciones humanas ocasionales cerca de fuentes de agua para consumo humano cuando puedan causar contaminación. Las entidades encargadas de la entrega del agua potable al usuario deben velar por la conservación y control en la utilización de la fuente de abastecimiento y su posible contaminación.

Se deben tomas las medidas higiénicas para el correcto aprovechamiento de los pozos para agua potable subterránea. Todo pozo debe desinfectarse antes de darlo al servicio público. El agua lluvia para consumo humano debe cumplir los requisitos de potabilidad.

En todo sistema de conducción de agua los conductos, accesorios y demás obras deben protegerse para que no se deteriore la calidad del agua. En las instalaciones elevadoras de agua deben tomarse en cuenta precauciones para evitar conexiones cruzadas y el aire para el bombeo no debe deteriorar la calidad del agua.

Toda agua para consumo humano debe ser potable cualesquiera que sea su procedencia. Después de potabilizada el agua debe conducirse en tal forma que se evite su contaminación. Compete al Ministerio de Salud la fluorización del agua para consumo humano.

Las entidades administradoras de acueductos deben comprobar periódicamente las buenas condiciones sanitarias de las redes de distribución con muestras de análisis del agua, tomadas en todos varios puntos de control. El Ministerio es competente para reglamentar los sistemas de captación, almacenamiento o tratamiento de las aguas.

Otras normas tratan del agua como bien contaminable (ley 23/1973), recurso natural renovable en todos sus estados (decreto 2811 de 1974), bien inalienable e imprescriptible (decreto 2811 de 1974) y de uso público (decreto 2811 de 1974).

Saneamiento de edificaciones

Las edificaciones se clasifican en viviendas y establecimientos de diversos tipos.

Las edificaciones se deben localizar en lugares que no presenten problemas de polución, a excepción de los establecimientos industriales según las pautas existentes en cada ciudad. Deben localizarse en terrenos que permitan el drenaje de las aguas lluvias. Antes de comenzar la construcción de cualquier edificación se procederá al saneamiento del terreno escogido.

Las edificaciones se deben construir en lugares que no ofrezcan peligro por accidentes naturales o por condiciones propias de las actividades humanas o se deben construir las defensas necesarias. No se deban construir edificaciones en terrenos rellenados con basuras a menos que se hayan preparado adecuadamente.

Las edificaciones deben construirse en lugares que cuenten con servicios públicos domiciliarios y complementarios adecuados para suministro de agua y que cuenten con sistemas para la evacuación de los residuos.

La norma trata de la reglamentación prevista para el esquema básico para las edificaciones, de su estructura, de los dormitorios, cocina, fontanería, pisos, muros y techos, iluminación y ventilación, de

las basuras, protección contra roedores y otras plagas, protección por ruidos, protección contra accidentes y limpieza general de las edificaciones.

También se definen especificaciones para los establecimientos educativos y cuartelarios, para espectáculos públicos, de diversión pública, industriales, comerciales, carcelarios, hospitalarios y plazas de mercado.

Control de alimentos

El título V sobre alimentos es el más extenso de la Ley 9ª de 1979. Ahí se define qué es un producto apto para el consumo humano y establece que los productos sin licencia sanitaria, no deben ser comercializados; esta es una de las normas que en Colombia se quebrantan con mayor frecuencia asumiendo la inconcebible figura de licencia en trámite.

Dentro de la reglamentación existen normas específicas para carnes y derivados; lácteos; huevos; hielo; frutas y verduras; alimentos y bebidas enriquecidas; producción, manipulación, elaboración, conservación y transporte; instalaciones físicas; equipos y utensilios; producción (operación y elaboración): manipuladores de alimentos; transporte, rotulados y publicidad; establecimientos que se consideran industriales y cuáles comerciales; importaciones y exportaciones; vigilancia y control.

La IVC está a cargo de Ministerio de la Protección Social, INVIMA y los departamentos, que no siempre tienen funcionarios idóneos y que tienen variopintas interpretaciones de la norma.

Algunas limitaciones generales son que la normatividad vigente ignora la producción, distribución y consumo de alimentos en las vías públicas, es débil en lo que se refiere a la idoneidad y control de calidad del recurso humano vinculado a la producción y distribución de alimentos (así como los responsables de IVC a nivel gubernamental), además de que la legislación es muy rígida pero a su vez se presta a ambigüedad de algunos apartes.

La vigilancia en salud pública VSP. Al alcalde, ¿quién lo ronda?

La Ley 9ª defiende una noción tradicional de vigilancia epidemiológica centrada en los daños, que ha venido perdiendo vigencia frente al desarrollo técnico de la VSP propuesto por la OPS/OMS. Por otra parte, la reglamentación sobre VSP es muy dispersa y no se compadece con el contexto administrativo del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS que, propendiendo por la

descentralización, ha dado origen a la fragmentación de los agentes, funciones y competencias de Inspección, Vigilancia y Control IVC.

El país tampoco cuenta con un sistema coherente de información que dé cuenta de la salud pública y sus determinantes. Las fuentes primarias del dato se están quedando en manos de agentes que no garantizan la seguridad ni la confiabilidad de la información, que no están en capacidad de tomar oportunamente las decisiones requeridas para proteger la población y que no se coordinan entre sí con la sistematicidad y oportunidad que demandan estas acciones.

El sistema de vigilancia de eventos en salud pública pretende además resolver sus necesidades de estudio y confirmación diagnóstica, con base en laboratorios que operan de manera dispersa y sin suficiente capacitación y orientación. Por último, el sistema de vigilancia epidemiológica es especialmente débil en lo que se refiere a la capacidad sancionatoria.

Control de zoonosis: Matrimonio entre veterinaria y salud pública

Las zoonosis son a la vez un problema de salud veterinaria y un problema de la salud pública para las poblaciones humanas. La Asociación Americana de Salud y la Organización Mundial de la Salud reportaron en 2002 la existencia de 166 agentes zoonóticos; en este momento, se han identificado 65 parásitos, 57 agentes bacterianos y ricketsias, 41 virus, 2 agentes sicóticos y uno no clasificado.

La Unidad de Salud Pública Veterinaria de la Organización Panamericana de la Salud, incluye el control de las enfermedades transmitidas por alimentos, algo fundamental en un mundo expuesto a las presiones de los mercados y a la globalización de los riesgos, bajo la amenaza de la encefalitis espongiforme bovina, la enfermedad influenza viral o gripa del pollo del sudeste asiático, la leptospirosis, los brotes alimentarios por Salmonera, E. Coli y los trastornos potenciales de los alimentos transgénicos.

La estructura de IVC planteada por la Ley 9ª de 1979 y por el decreto 2257 de 1986 es letra muerta: el Consejo Nacional de Zoonosis no está conformado legalmente y los consejos Departamentales tampoco existen. En relación con la vigilancia y control epidemiológicos, define 15 zoonosis de especial importancia para la salud pública del país y que deberían ser notificadas por períodos epidemiológicos: brucelosis, leptospirosis, cistercosis, rabia, clostridium, sarna, encefalitis equina venezolana, toxoplasmosis, fiebre amarilla, triquinosis, hepatidosis, tuberculosis, leishmaniosis, tripanosomosis. Sin embargo no existe un sistema de información y vigilancia epidemiológica que de cuenta de ellas.

La situación descrita permite afirmar que, a pesar de la abundante normatividad existente, el país carece de una política coherente en materia de salud pública veterinaria.

Los medicamentos: En las fronteras de la calidad

El capítulo sexto de la Ley 9ª de 1979 establece las normas relativas al control sanitario de los medicamentos, en 7 subtítulos generales que cubren lo relacionado con: los establecimientos farmacéuticos; el control; los productos farmacéuticos, medicamentos y cosméticos; los rótulos, etiquetas, envases y empaques; la publicidad; el almacenamiento y transporte; y las drogas y medicamentos de control especial.

La IVC de medicamentos está a cargo del INVIMA, quien es a la vez el ente responsable de otorgar los registros sanitarios; una convergencia de funciones objeto de cuestionamiento.

La política sanitaria de medicamentos debería cubrir dos aspectos: la calidad y el uso correcto. Ni las buenas prácticas de manufactura (BPM), ni las normas ISO son suficiente garantía de calidad. Para otorgar el registro sanitario, la FDA en Norteamérica y la MDA en Europa, exigen a las empresas garantizar la calidad del medicamento mediante estudios de equivalencia terapéutica, efectividad y seguridad. Esta práctica se ha sugerido al INIVIMA desde varios sectores sin que hasta ahora se haya aceptado, seguramente por lo que implica en la provisión de medicamentos de bajo costo para el SGSSS.

Salud ocupacional[35]

[35] Véase sección 2.4.2 “Normatividad en Colombia [sobre riesgos profesionales]” (página 95)

2.3 Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS

2.3.1 Sistema de Seguridad Social Integral SSSI

En los proyectos de articulado de la constitución de 1991 se incluía la expresión "derecho" a la salud pero un mes antes de terminar la Asamblea se modificó por el término "servicio público". El artículo 49 de la nueva Constitución reza finalmente que "la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado". Además el artículo 48 de la Constitución declaró la seguridad social como "un derecho irrenunciable de todo ciudadano".

El Sistema de Seguridad Social Integral SSSI creado por la Ley 100 de 1993, está conformado por el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios.

La Ley 100 de 1993 está constituida por un título preliminar en el que se formulan los Principios generales del Sistema de Seguridad Social Integral SSSI y el cuerpo de la norma compuesto de cuatro libros:

Libro I Sistema General de Pensiones SGP

Libro II Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS

Libro III Sistema General de Riesgos Profesionales SGRP

Libro IV Servicios sociales complementarios

El objetivo del Sistema de Seguridad Social en Salud SGSSS es garantizar las prestaciones económicas y asistenciales de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema. Prevé la ampliación de la cobertura hasta lograr que toda la población acceda a la prestación integral y efectiva de sus beneficios, buscando garantizar la financiación y el equilibrio del sistema, a través de la cotización y de la asignación de recursos del presupuesto nacional.

El Sistema general de pensiones, se compone de dos regímenes, el tradicional del ISS (prima media con prestación definida) y el de los fondos privados de pensiones (ahorro individual con solidaridad)

administrados por sociedades administradoras autorizadas para ello, los cuales tienen a su cargo el reconocimiento de las prestaciones denominadas pensión de vejez, invalidez y sobrevivientes.

El Sistema general de salud, lo conforman, las Empresas Promotoras de Salud EPS, las cuales tienen a su cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios, y las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud IPS (clínicas, centros de salud, hospitales, consultorios profesionales).

El Sistema General de Riesgos Profesionales SGRP se creó con el fin de prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrir como consecuencia del trabajo que desarrollan. Este sistema está conformado por las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales ARP que pueden ser el Instituto de Seguro Social ISS o las entidades aseguradoras de vida que sean autorizadas por la Superintendencia Bancaria.

Un modelo de la seguridad social en Colombia

En Colombia se pueden establecer un modelo desde los tres pilares "clásicos" de la seguridad social (salud, pensiones y mercado laboral), que cobijan un número variable de riesgos y prestaciones (asistenciales o económicas).

Las prestaciones asistenciales en salud, desde una mirada más integral, abarcan la cobertura de riesgos por maternidad, enfermedad general (por aparte se aseguran de manera suplementaria eventos catastróficos y accidentes de tránsito), todo ello enmarcado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y de manera complementaria los riesgos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional, por el Sistema General de Riesgos Profesionales - SGRP, tanto prestaciones económicas como asistenciales. Por ello en este libro se habla de "LA ORGANIZACIÓN DE LA SALUD EN COLOMBIA" como el que abarca las prestaciones económicas y asistenciales en salud derivadas de los riesgos de EGM, ECAT y ATEP en el ámbito de la seguridad social, incluyendo además, en una concepción desde la protección social, todas las acciones sanitarias sectoriales y extrasectoriales para mantener y mejorar la salud.

A su vez, el Sistema General de Seguridad Social en Pensiones – SGSSP cobija los riesgos de invalidez, vejez y muerte, pero es pertinente aclarar que para los riesgos invalidez y muerte sólo ampara aquellos eventos derivados de enfermedad no profesional. Es el SGRP el que cubre de manera complementaria las prestaciones económicas pensionales en los casos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional (riesgos profesionales).

En Colombia el tema del mercado laboral o seguro al desempleo está concebido bajo la expresión "protección al cesante", tema que está apenas en desarrollo. Por un lado la Ley 100 de 1993 lo contempla en el artículo 262, pero no ha tenido ninguna aplicación práctica. La Corte Constitucional considera las cesantías (que están previstas para cuando el trabajador está "cesante") como un aporte a la seguridad social, pero realmente son muy regresivas (es un ahorro o seguro que brinda mayores beneficios a quienes ganan más y a quienes han laborado formalmente más tiempo). Actualmente se están asignando subsidios para el desempleo.

Todo esto queda sintetizado en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 10. La Organización de la Salud y la Seguridad Social en Colombia

Pilar		Riesgos amparados	Prestaciones	
			Económicas	Asistenciales
Salud	Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS	• Enfermedad General • Maternidad **EGM**	(Sólo para los cotizantes en el régimen contributivo) • Incapacidad temporal por EG • Licencia de maternidad	• POS-C • POS-S (Subsidio a la Demanda) • Atención por subsidio a la oferta: o Complementación al POS o Atención a la Población Pobre No Asegurada (PPNA)
		• Eventos Catastróficos • Accidentes de Tránsito **ECAT**	• Incapacidad permanente • Auxilio por muerte • Auxilio funerario	• Integral, suplementario en el SGSSS
	Sistema General de Riesgos Profesionales - SGRP	• Accidente de Trabajo • Enfermedad Profesional **ATEP**	• Incapacidad Temporal • Incapacidad Permanente parcial	• Integral, complementario al SGSSS
Pensiones			• Pensión: o Por invalidez o De sobrevivientes • Auxilio funerario	

Pilar		Riesgos amparados		Prestaciones	

	Sistema General de Pensiones - SGSSP	• Invalidez
		• Vejez
		• Muerte
			IVM	• Pensión:
				  o Por invalidez
				  o De sobrevivientes
				• Jubilación por vejez
				• Auxilio funerario
					[redacted]

Protección al cesante		• Desempleo	**D**	• Subsidio en especie • Auxilios económicos • Cesantías	

Fuente: Diseño propio

Principios y fundamentos de la seguridad social

La Seguridad Social entendida como un servicio público e irrenunciable procura la garantía para la consecución del bienestar de la población y como factor de desarrollo de la sociedad y es un principio fundamental del Estado y una prioridad en el ordenamiento jurídico Colombiano (artículo 48 de la Constitución Política y artículos 1, 2, 10, 35 y siguientes de la Convención Iberoamericana de Seguridad Social, aprobada en Colombia por Ley 516 de 1999).

Tanto la seguridad social como la salud (artículos 48 y 49 CN y Sentencias de la Corte Constitucional C- 616 de 2001 y C-130 de 2002), están sujetas a los principios de:

- **Eficiencia**
- **Universalidad**
- **Solidaridad**

El Sistema de Seguridad Social Integral, a su vez, está sujeto a los principios de[36]:

- **Universalidad** Protección para todas las personas [o sea, cobertura]
- **Integralidad** Amparo de todas las contingencias que afectan las condiciones de vida de toda la población
- **Solidaridad** Mutua ayuda entre las personas (cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario), aplicando los recursos en los más vulnerables
- **Participación** Intervención de la comunidad
- **Eficiencia** Mejor utilización social y económica de los recursos
- **Unidad** Articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social

Finalmente, son reglas del servicio público de salud, rectoras del SGSSS las siguientes[37]:

[36] Ley 100 de 1993 Título 1
[37] Ley 100 de 1993 Libro II

• **Equidad**	Servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia
• **Obligatoriedad**	Afiliación al SGSSS obligatoria para todos los habitantes en Colombia
• **Protección integral**	Atención en salud integral en fases de: educación, información y fomento de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia
• **Libre escogencia**	Participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud y libertad en la escogencia a los usuarios según las condiciones de oferta de servicios
• **Autonomía de instituciones**	IPS con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente
• **Descentralización administrativa**	Por medio de las direcciones departamentales, distritales y locales de salud
• **Participación social**	participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del SGSSS
• **Concertación**	Teniendo como mecanismo formal el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS y los Consejos departamentales, distritales y municipales de Seguridad Social en Salud
• **Calidad**	Calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional

2.3.2 Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS

Antecedentes

Volviendo a la información dada por Supersalud, la Ley 100 de 1993, que organiza Sistema de Seguridad Social Integral SSSI, fue motivada, primero que todo, por hechos de tipo social y económico que enmarcaron el sistema de seguridad social en Colombia vigente entonces: Baja cobertura, incapacidad financiera, deuda pensional creciente, deficiente prestación del servicio de salud, los excesivos trámites burocráticos y la inequidad interna. Como segundo antecedente se tiene la expedición de la Constitución Política de 1991, la cual en su artículo 48 consagró la seguridad social como un servicio público permanente y un derecho colectivo, el cual adquiere el carácter de derecho fundamental cuando, según las circunstancia del caso, su desconocimiento puede conllevar a la violación de otros derechos y principios fundamentales, como la vida, la integridad física, el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad humana.

Como consta en el volumen "La Reforma de la seguridad social en salud" (Bogotá, 1994), el artículo transitorio 57 de la Constitución Nacional crea una comisión multisectorial para el estudio y discusión de las alternativas sobre la problemática de de la seguridad social en el país para la preparación de los proyectos de Ley a presentarse en el congreso. Esta comisión deliberó entre septiembre de 1991 y enero de 1992, logra discernir una definición de seguridad social como "una política de protección contra las contingencias que menoscaban la calidad de vida", especialmente salud y capacidad económica. Forman cuatro subcomisiones, una de ellas enfocada a los riesgos de la salud (enfermedad general, maternidad y riesgos profesionales), que produjo una propuesta articulada. Paralelamente, el gobierno presidido por César Gaviria Trujillo suspendió la discusión sobre el tema de la salud en marzo de 1992 y decide presentar al Congreso un proyecto enfocado solo en pensiones (proyecto Nº 155-S), que fue analizada por las comisiones séptimas las cuales deciden pedir al gobierno que adicione una propuesta de reforma a la salud, que en ese entonces se consideraba necesaria. Fue así que el gobierno presenta una reforma enfocada en el tema de subsidios directos a la población pobre del país, en el marco de la Ley 10 de 1990, que el Congreso consideró insuficiente para resolver la problemática de salud de la población. Para 1993 el gobierno presenta dos propuestas para adicionar al proyecto Nº 155, más completas, a las que se suman las de varios congresistas, FEDECAJAS, ACEMI (Asociación de Empresas de Medicina Integral Prepagada), Instituto FES de Liderazgo y las centrales obreras. El entonces senador Álvaro Uribe Vélez coordinó y presentó la ponencia unificada de reforma a la seguridad social con el cercano

acompañamiento del entonces ministro de salud Juan Luis Londoño De La Cuesta (q.e.p.d.). Finalmente, la Ley 100 fue sancionada en junio de 1993.

El libro de la OPS/OMS escrito por Hernández y Obregón, explica que para la política de salud, que expresaba lineamientos orientados por criterios económicos de corte neoclásico, explícitamente incluía el diseño de un sistema de atención prepagada (aseguramiento), la cobertura familiar, y una serie de reformas institucionales y financieras orientadas a reorganizar, reestructurar y descentralizar el sistema de servicios de salud de la seguridad social y del sector oficial existentes. Tales reformas deberían posibilitar una mejor integración y coordinación, entre ellos y con el sector privado, sobre la base de un esquema de mercado que garantizara la libre escogencia por parte de los usuarios y la competencia entre las unidades prestadoras de servicios. La población pobre accedería a estos servicios mediante un sistema de subsidios a la demanda cuyos beneficiarios serían seleccionados entre la población más pobre.

Aclaran estos autores que la Ley 100 de 1993 no fue una simple imposición gubernamental o del BM, aunque se encuentran los ejes de una lógica de integración por la vía del mercado. Esto es, la concurrencia de agentes privados y públicos en un mercado regulado de aseguramiento (régimen contributivo), subsidio a la demanda para incorporar a los pobres a dicho mercado (régimen subsidiado) y recursos públicos destinados para la "nueva salud pública". En medio de la negociación con las centrales sindicales debieron conservarse las viejas instituciones de seguridad social y la red de hospitales públicos, pero comportándose como agentes de mercado en competencia. Incluso se dejaron varios regímenes especiales sobre la base de la lógica de los derechos adquiridos. Tampoco se sometió el aseguramiento a un mercado abierto, puesto que se incluyeron mecanismos de regulación del mercado como el Fondo de Solidaridad y Garantía, el pago a los aseguradores por Unidades de Pago por Capitación (UPC), y el Plan Obligatorio de Salud (POS).

El libro II sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (artículos 152 a 247), que es en que nos ocupa, tiene la siguiente estructura general:

Título I	**Disposiciones generales**
Capítulo I	Objeto, fundamentos y características del sistema
Capítulo II	De los afiliados al sistema
Capítulo III	El régimen de beneficios
Capítulo IV	De la dirección del sistema
Título II	**La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud**

Capítulo I De las Entidades Promotoras de Salud EPS
Capítulo II De las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS
Capítulo III Régimen de las Empresas Sociales del Estado ESE
Capítulo IV De los usuarios
Título III **De la administración y financiación del sistema**
Capítulo I Del régimen contributivo
Capítulo II Del régimen subsidiado
Capítulo III Del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA
Título IV **De la vigilancia y control del sistema**
Título V **La transición del sistema**
Título VI **Disposiciones complementarias**

Reforma al SGSSS

Por iniciativa del Congreso de la República, en el segundo semestre de 2003 se creó la Comisión Accidental para el estudio de la Reforma de la Ley 100 de 1993 que inició sus funciones en el primer semestre de 2004. Una vez redactada su ponencia definitiva diversos congresistas presentaron 14 propuestas alternativas de reforma, desde las muy estructurales hasta las muy puntuales, desde las más afines al modelo hasta su renovación absoluta.

Para atender la técnica parlamentaria, la comisión en su interior procedió a acumular los catorce en el Proyecto 052/04 modificatorio de la Ley 100 de 1993 y la Ley 715 de 2001 en el ámbito de la salud, que reunía fundamentalmente los proyectos del Gobierno y de la Comisión Accidental, afines en sus propuestas (052 y 031). Los principales objetivos del proyecto de Ley son reordenar el SGSSS con la finalidad de ampliar la cobertura de aseguramiento, reestructurar y aumentar el financiamiento y fortalecer el sistema de Inspección, Vigilancia y Control IVC y racionalizar la gestión pública de prestación de servicios.

Sin embargo, este proyecto fue relegado por la prioridad que el Gobierno y el Congreso otorgaron a los difíciles actos legislativos que ponían en firme una nueva reforma pensional y la reelección presidencial. Este proyecto se hundió definitivamente iniciando 2006.

Fue por esto que las cohortes gubernamentales volvieron a poner sobre el tapete nuevos proyectos de reforma, pero esta vez con un trámite más ágil. Luego de ires y venires, consultas, represamientos y 17 proyectos, y tras los mensajes de urgencia e insistencia que, amparado en el artículo 163 de la Constitución Política, profirió el gobierno para agilizar el trámite de los mismos, las

Comisiones Séptimas de Senado y Cámara establecieron una ponencia unificada que finalmente sería aprobada a finales de 2006 y sancionada como Ley 1122 de 2007.

Capítulo I. Disposiciones generales
Capítulo II. De la dirección y regulación
Capítulo III. Del financiamiento
Capítulo IV. Del aseguramiento
Capítulo V. De la prestación de servicios
Capítulo VI. De la salud pública
Capítulo VII. Inspección, vigilancia y control
Capítulo VIII. Disposiciones finales

Según la exposición de motivos de esta ley, las principales fallas de la Ley 100 en los 13 años de vigencia son la regulación inadecuada por conflicto de intereses (atribuido al CNSSS), el deterioro de la calidad, un inadecuado sistema de información, la corrupción y falta de vigilancia y control y la pérdida de la dignidad de los profesionales de la salud que ha implicado pérdida de la ética profesional, deterioro de la relación médico-paciente e imposibilidad para una buena atención. Con relación a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades se dijo que Colombia ha perdido el liderazgo en salud pública en América Latina, que su ausencia disminuye la calidad e incrementa costos en el sistema. Se denunció también que existe corrupción en el sistema, desviación y robo de recursos, múltiple afiliación, presiones sobre afiliaciones al SISBEN y que la Superintendencia Nacional de Salud no contaba con instrumentos para la inspección, vigilancia y control.

Los aspectos institucionales de la reforma son: Crear la Comisión de Regulación en Salud CRES, el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control IVC, limitar la integración vertical EPS-IPS, promover la evaluación de gestión y resultados, establecer regulación sobre las ESE. La Ley 1122 de 2007 finalmente tuvo como objeto hacer ajustes al SGSSS, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Se hicieron reformas en dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública, fortalecimiento de las funciones de IVC y organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Sinopsis del SGSSS[38]

El diseño del SGSSS se basa en el aseguramiento de individuos y familias ante el riesgo de Enfermedad General y Maternidad, e incorpora mecanismos de solidaridad financiera, competencia en la administración y prestación de servicios, y libertad de elección, entre otros. El aseguramiento es administrado por Entidades Promotoras de Servicios de Salud EPS por medio de dos regímenes excluyentes: Régimen Contributivo - RC, obligatorio para todos los trabajadores formales y personas con capacidad de pago, y el Régimen Subsidiado - RS, para aquellas personas más pobres y vulnerables.

La herramienta de focalización (identificación de la población pobre y vulnerable) empleada por el SGSSS es la encuesta SISBEN, cuyo objetivo es lograr la caracterización del nivel socioeconómico y que se aplica en los municipios y distritos. Esta encuesta es el principal medio para identificar a la población potencialmente beneficiaria del RS y a las personas sin capacidad de pago que inicialmente no hacen parte de ninguno de los dos regímenes (mal llamados en principio "vinculados", actualmente "población pobre y vulnerable no asegurada") que deben gradualmente sumarse al sistema de aseguramiento y cuya atención se presta fundamentalmente a través de la red pública por medio de contratos con los entes territoriales, bajo el modelo anterior a la reforma conocido como subsidio a la oferta.

El financiamiento para el RC es compartido entre el empleado y el empleador; en el caso de los trabajadores independientes y los pensionados, éstos asumen la totalidad de su aporte. La equidad en el SGSSS se procura principalmente por dos medios: Primero, la transferencia por compensación de recursos entre las EPS, de acuerdo a la captura o selectividad en la afiliación de la población por parte de estas entidades, a través del reconocimiento de unidades de pago por capitación UPC diferenciales por riesgo y niveles de ingreso de los afiliados; la Subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA efectúa esta labor (solidaridad intrarrégimen contributivo). Segundo por la contribución de una proporción de la cotización del régimen contributivo al financiamiento del régimen subsidiado y de una cantidad variable (hasta un punto de la cotización) para salud pública (promoción de la salud), (solidaridad extrarrégimen contributivo).

[38] Tomado y adaptado del Resumen sobre el SGSSS en la página web del proyecto "Así Vamos en Salud" (www.asivamosensalud.com). Consultado: Abril de 2008

El RS (población cubierta por subsidio a la demanda) se financia por distintas fuentes fiscales y parafiscales (nacionales y subnacionales) e incluye el mencionado aporte solidario proveniente del RC y recursos del presupuesto nacional.

La cobertura del aseguramiento es familiar y garantiza un plan de beneficios en salud bien definido, el Plan Obligatorio de Salud POS, diferencial para el RC y el RS, POS-C Y POS-S, respectivamente (con una progresiva unificación que está en ciernes). Este plan no permite preexistencias ni renuncias, aunque sí se aplican periodos mínimos de cotización y pagos compartidos para acceder a los servicios. Los cotizantes y beneficiarios inscritos en una EPS reciben los beneficios del POS en cada régimen: Urgencias; Atención de primer nivel correspondiente a citas médicas, odontológicas, medicamentos, hospitalización y cirugía; Atención de mediana complejidad salud de alto costo. Hay además prestaciones económicas en caso de incapacidad por enfermedad general o licencia de maternidad para los afiliados al régimen contributivo.

La población pobre no asegurada recibe atención de la red hospitalaria por la modalidad de subsidio a la oferta. También se emplean recursos de oferta para complementar a la población pobre el POS-C en los períodos de carencia y el POS-S en las acciones que no tiene contempladas.

Las personas que aportan al régimen contributivo deben aportar al Sistema General de Riesgos Profesionales que brinda prestaciones asistenciales y económicas más integrales para el Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional que los contemplados para Enfermedad General.

Se garantiza a todas las personas (independiente de su afiliación) la atención de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT y la atención de urgencias vitales a todo lo largo del territorio nacional, así como los beneficios del Plan Nacional de Salud Pública, que cuenta con dos componentes: Salud pública de intervenciones individuales y familiares a cargo de las EPS (articulado al POS) y Salud pública de intervenciones colectivas a cargo de la nación y de las entidades territoriales (complementario y suplementario respecto al POS).

En la prestación de servicios de salud concurren de manera regulada entidades públicas y privadas. Además de la existencia de un régimen tarifario, el sistema promueve mecanismos de contratación de servicios entre las EPS y las IPS que permitan controlar los costos ajustados a las UPC disponibles.

El direccionamiento del Sistema, incluyendo su vigilancia y control, es responsabilidad del Estado a través del Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud (que coordina el sistema de Inspección Vigilancia y Control del SGSSS), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA (que funge como Autoridad Sanitaria Nacional), y el Instituto

Nacional de Salud INS, a cargo de la Vigilancia y Control en Salud Pública y laboratorio de referencia nacional. Como reguladores aparecen el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (con amplia participación de todos los actores del sector), la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y las autoridades públicas de los niveles departamental y municipal.

2.4 Sistema General de Riesgos Profesionales - SGRP en salud

Como se ha observado en la anterior sección, el Sistema General de Riesgos Profesionales – SGRP es considerado en este libro como complementario al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones - SGSSP. Aquí se hará el análisis del SGRP en cuanto a complementario al SGSSS, o sea, prestaciones asistenciales y económicas para los riesgos profesionales (accidente de trabajo y enfermedad profesional - ATEP), dejando la totalidad del tema relacionado con la cobertura pensional asociada a estos riesgos para otros espacios especializados en el asunto.

2.4.1 Generalidades sobre riesgos profesionales

El aseguramiento de los riesgos laborales[39]

De acuerdo con Castellá López & Castejón Vilella (2006), "el objetivo de un sistema de aseguramiento de los riesgos laborales es el de garantizar a los trabajadores la reparación de los daños (para su integridad física o salud) sufridos con motivo del trabajo". Igualmente plantean que "El alcance de un sistema de aseguramiento de los riesgos laborales depende básicamente de [i] las "contingencias aseguradas" (¿cuáles son concretamente los daños cuya reparación queda garantizada?), [ii] de su cobertura (¿qué colectivos de trabajadores se incluyen / excluyen del sistema?), y [iii] de las prestaciones (asistenciales o económicas) a las que el trabajador tiene derecho en concepto de reparación. Por otra parte, resulta fundamental conocer, en cuanto a la organización del sistema, [iv] la naturaleza de las entidades aseguradoras, así como [v] sus fuentes y formas de financiación".

Con relación a las contingencias aseguradas, en la gran mayoría de países se consideran como tales los "Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales" - ATEP.

[39] Tomado y resumido de "Castellá López, José Luis & Castejón Vilella, Emilio. El capítulo 12: "Aseguramiento y prevención de los riesgos laborales". En: Salud Laboral. Conceptos y Técnicas para la Prevención de los Riesgos Laborales. 3a ed. Barcelona: Masson, 2006"

La definición técnica y típica de **ACCIDENTE DE TRABAJO** es "suceso súbito, inesperado y no deseado que puede causar un daño al trabajador", considerando entre ellos los accidentes en desplazamientos (fuera del centro de trabajo) y los accidentes *in itínere* (los ocurridos al ir o volver del trabajo) y especificándose en ocasiones circunstancias que impiden la calificación como tal de un accidente, como son la "fuerza mayor" y la "imprudencia temeraria del trabajador".

Por otra parte, en la definición **ENFERMEDAD PROFESIONAL** caben tres alternativas: La definición abierta: "toda aquélla provocada por el trabajo", muy restrictiva a pesar de su aparente flexibilidad, puesto que implica demostrar que el trabajador está enfermo, que está expuesto a un agente capaz de causar la enfermedad y que realmente existe esa relación de causalidad. La segunda alternativa consiste en establecer una lista de enfermedades profesionales asociadas, cada una de ellas, a la exposición a un determinado "agente causal" (el Convenio 121 de la OIT presenta una lista que se ha ido actualizando), lo que facilita el reconocimiento como enfermedad profesional de las enfermedades incluidas en la lista, pero excluyendo cualquier enfermedad no establecida allí. Finalmente, la tercera es el sistema mixto: una lista de enfermedades profesionales completada con una definición abierta.

En cuanto a la Cobertura por ATEP se muestra un espectro desde países, normalmente en vías de desarrollo, en que el derecho a la reparación sólo se tiene si se está asegurado, es decir, si la empresa (y/o el trabajador) está "afiliada" a un Seguro de ATEP y está al día en el pago de sus cotizaciones) y países con sistemas de Seguridad Social en que el trabajador, por el mero hecho de serlo, tiene derecho a la reparación de los daños sufridos con motivo del trabajo. Las prestaciones asistenciales por ATEP se dirigen a proporcionar al trabajador la asistencia sanitaria necesaria para su curación y a conseguir la recuperación de su capacidad de trabajo e incluyen el tratamiento médico y farmacéutico, las prótesis y ortopedias, la rehabilitación funcional y la orientación y formación profesional cuando las lesiones no permiten el ejercicio del trabajo que se venía desempeñando.

En la mayoría de los países las prestaciones por accidente de trabajo son mayores que las correspondientes a los accidentes de origen no laboral. Las prestaciones económicas por ATEP son esencialmente de dos tipos: subsidios, en caso de incapacidad temporal, e indemnizaciones (en forma de capital o de renta), en caso de incapacidad permanente, o de muerte, del mismo tipo. Las prestaciones económicas por incapacidad permanente son muy heterogéneas e incluyen la pérdida de la capacidad de trabajo, la lesión (daño físico), o ambas cosas. En general, el parámetro utilizado para determinar la magnitud de la prestación es el grado de incapacidad (%) y puede distinguirse desde la incapacidad para el ejercicio de la profesión habitual y la incapacidad para realizar

cualquier tipo de trabajo (100% de incapacidad) hasta la muerte. La incapacidad grave y la muerte pueden ser compensadas con la pensión al trabajador o pensión de viudedad y orfandad [en Colombia se denomina pensión de sobrevivencia].

En cuanto a entidades aseguradoras, esencialmente pueden distinguirse tres tipos: organismos públicos, asociaciones de empresarios ("mutuas") y compañías privadas.

Finalmente en lo relacionado con la financiación, ésta puede correr a cargo del Estado, de los empresarios y, al menos en parte, de los trabajadores, pero predomina la segunda. En cuanto a las tarifas (primas) pueden diferenciarse tres posibilidades: tarifa única, tarifa por actividad profesional o actividad de la empresa y tarifa por siniestralidad de cada empresa.

Complementariamente, se tiene que los sistemas de prevención y de aseguramiento de los riesgos laborales no son económicamente independientes: Las razones de la prevención son de carácter social y no puede limitarse a los casos en que resulta económicamente rentable, pero el coste del sistema de prevención puede ser compensado, al menos parcialmente, por la disminución de los costes de reparación de los ATEP. Por ello, el balance económico de ambos sistemas debe hacerse siempre de forma conjunta. La parte crítica y más costosa de un sistema de prevención es la dedicada a controlar y, en particular, a dar asesoramiento y apoyo a las empresas, en especial, a las PYMES. Parece lógico entonces que estas actividades sean financiadas, al menos parcialmente, a través de las cuotas del seguro.

2.4.2 Normatividad en Colombia

El trabajo, según la Carta Política en su artículo 25, es un derecho y una obligación social que goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado para que se desarrolle en condiciones dignas y justas, y está fundamentado en la concepción del derecho inviolable a la vida. Su desarrollo amparado en el espíritu de la Seguridad Social que es un servicio público de carácter obligatorio e irrenunciable y que debe ser prestado de una manera eficiente bajo la dirección, coordinación y control del Estado.

En la evolución de la Seguridad Social en nuestro país y especialmente en la promoción de la salud y la seguridad en el trabajo a través del Sistema General de Riesgos Profesionales, el concepto de accidentalidad se enfoca a los sucesos repentinos que sobrevengan con ocasión o causa de las

actividades inherentes al trabajo y que produzca al trabajador una lesión, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.

La Constitución en el artículo 25 consagra que el trabajo es un derecho y una obligación social que goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado para que se desarrolle en condiciones dignas y justas, y está fundamentado en la concepción del derecho inviolable a la vida. Su desarrollo está amparado en el espíritu de la Seguridad Social que es un servicio público de carácter obligatorio e irrenunciable y que debe ser prestado de una manera eficiente bajo la dirección, coordinación y control del Estado.

La normatividad relacionada con la salud en el trabajo se da en dos bloques no del todo concurrentes:

- Salud ocupacional: El título III de la Ley 9 de 1979 sobre salud ocupacional, establece las condiciones para preservar, conservar la salud de los individuos en los sitios de trabajo y en sus ocupaciones
- Riesgos profesionales: La Ley 100 de 1993 en el Libro III y el Decreto Ley 1295 de 1994 establecen la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales - SGRP. Fue reformado por Ley 776 de 2002 y actualmente cursa en el Congreso de la República, el proyecto de reforma 256-Cámara de 2007.

Salud ocupacional

El título III de la Ley 9 de 1979 establece que para preservar, conservar y mejorar la salud de los individuos en sus ocupaciones se deben establecer normas tendientes a mitigar el daño a la salud de las personas, derivado de las condiciones de trabajo mediante prevención; protección contra los riesgos relacionados con agentes físicos, químicos, biológicos, orgánicos, mecánicos y otros; eliminar o controlar los agentes nocivos para la salud; proteger la salud de los trabajadores y de la población contra los riesgos causados por sustancias peligrosas para la salud pública.

Según esta norma, la salud de los trabajadores es una condición indispensable para el desarrollo socio-económico del país y su preservación y conservación son actividades de interés social y sanitario en las que participan el Gobierno y los particulares. Y las disposiciones al respecto son aplicables en todo lugar y a toda clase de trabajo, tanto así que los contratistas que empleen trabajadores, adquieren el carácter de empleadores para estos efectos.

Por tales razones, al hoy Ministerio de la Protección Social corresponde regular, supervisar, promover la investigación, control, vigilancia y protección de la salud de las personas que trabajan y determinar los requisitos para manejo de sustancias, equipos, maquinarias y aparatos que puedan afectar la salud de las personas que trabajan.

Los empleadores a su vez están obligados a proporcionar un ambiente de trabajo adecuado; cumplir y hacer cumplir la normatividad; establecer un programa permanente de medicina, higiene y seguridad en el trabajo; proteger y promover la salud de los trabajadores; notificar los accidentes y enfermedades ocurridos en los sitios de trabajo y las actividades de protección; propiciar las inspecciones; y realizar programas educativos sobre los riesgos laborales y su control.

Los trabajadores están obligados a cumplir la normatividad; usar y mantener los dispositivos para control de riesgos; y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos laborales. Los trabajadores independientes también están obligados a controlar los riesgos laborales a que puedan estar expuestos su propia salud o la de terceros.

En general la normatividad existente desconoce las funciones de salud ocupacional en centros de trabajo y lugares de trabajo diferentes a empresas, mientras que la mayoría de la población laboral colombiana pertenece al sector informal y no tiene acceso a servicios de salud ocupacional.

Riesgos Profesionales

La normatividad en materia de salud ocupacional, superó hace mucho rato la misma vigencia de la Ley 9ª de 1979 y en la práctica existe un código alterno referenciado especialmente en la Ley 100 de 1993 que fomenta el aseguramiento y la gestión de las Administradora de Riesgos Profesionales - ARP y el decreto 1295 de 1994 que regula el sistema de riesgos profesionales, que son aseguradoras y no prestadoras de servicios de salud ocupacional y deberían limitarse a estas funciones, algo que no ocurre en la realidad.

Ahora bien, la legislación sanitaria relacionada con las condiciones de trabajo presenta problemas importantes en lo relacionado con el control de su aplicación pues ni se ha definido el mecanismo de control que obligue a las ARP a destinar las partidas establecidas a promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los sitios de trabajo. Además, los fallos de la Corte Suprema de Justicia y la Corte Constitucional, en materia de protección a las condiciones de trabajo han puesto en evidencia la insolidaridad del sistema de riesgos profesionales.

2.4.3 Sistema General de Riesgos Profesionales - SGRP en salud

El SGRP, a su vez, es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores [del sector formal de la economía] de los efectos de las enfermedades y los accidentes que pueden ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan.

El SGRP tiene como objetivos: establecer actividades de promoción y prevención para mejorar las condiciones de trabajo contra riesgos ocupacionales; fijar las prestaciones asistenciales y económicas por incapacidad temporal por ATEP y muerte de origen profesional; y fortalecer actividades tendientes a establecer el origen del Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional - ATEP y el control de riesgos ocupacionales.

Son **RIESGOS PROFESIONALES** el accidente que se produce como consecuencia directa del trabajo o labor desempeñada y la enfermedad que haya sido catalogada como profesional por el Gobierno Nacional.

Integrantes del SGRP

El SGRP está dirigido e integrado por:

a. Organismos de dirección, vigilancia y control:
    1. Consejo Nacional de Riesgos Profesionales
    2. Ministerio de la Protección Social
b. Administradoras de Riesgos Profesionales - ARP
    1. Instituto de Seguros Sociales – ISS ARP
    2. Entidades aseguradoras de vida con autorización de la Superintendencia Bancaria.

El artículo 69 del Decreto Ley 1295 de 1994 creó el Consejo Nacional de Riesgos Profesionales y el Decreto 1834 de 1994, reglamenta su integración y funcionamiento con un periodo de dos años para sus integrantes.

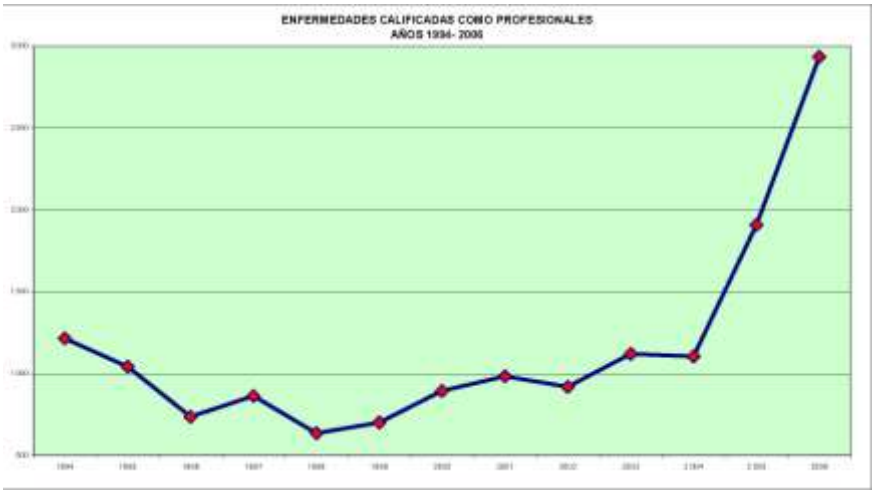
La autorización de Superbancaria depende de que la aseguradora acredite un patrimonio técnico saneado mínimo, disponga de capacidad humana y técnica especializada suficiente y conforme dentro de su estructura orgánica un departamento de prevención de riesgos profesionales.

Las Administradoras de Riesgos Profesionales - ARP tienen a su cargo la afiliación y registro, recaudo y distribución de las cotizaciones, garantizar a sus afiliados las prestaciones asistenciales y económicas, realizar actividades de prevención, asesoría y evaluación de riesgos profesionales, promover y divulgar programas de medicina laboral, higiene industrial, salud ocupacional y seguridad industrial, orientar las actividades de asesoría, vender servicios adicionales de salud ocupacional y contratar o conformar equipos de prevención de riesgos profesionales.

Enfermedad profesional

Se considera **ENFERMEDAD PROFESIONAL** todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, o del medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que haya sido determinada como tal por el Gobierno Nacional. El Consejo Nacional de Riesgos Profesionales debe actualizar permanentemente el listado, pero de todas maneras, si se demuestra la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacionales será reconocida como tal.

Gráfico No 7. Enfermedades calificadas como profesionales 1994-2006



Fuente: Ministerio de la Protección Social

El seguimiento realizado a los diagnósticos de enfermedad profesional, durante el período comprendido entre los años 2001 a 2005, muestra que:

a) Se consolida el síndrome del conducto carpiano como la primera causa de morbilidad profesional en el régimen contributivo con 32% en 2.004

b) El dolor lumbar continua siendo la segunda causa de morbilidad profesional con 15% en 2.004, concurrente al aumento de otro diagnóstico relacionado: los trastornos de disco intervertebral (tercera causa en 2004), que se triplicaron de 3% en 2.002 a 9% en 2.004

c) La sordera neurosensorial ocupó el cuarto lugar

d) Otros tres diagnósticos muestran tendencia al incremento entre 2.002 y 2.004: síndrome de manguito rotador, epicondilitis y tenosinovitis del estiloides radial (de Quervain).

Cuando se agrupan los diagnósticos por sistemas se hace evidente que los desórdenes músculo esqueléticos – DME, principalmente miembro superior y columna vertebral, son la primera causa de morbilidad profesional en el régimen contributivo, con tendencia continua a incrementarse: 65% en 2.001 a 82% en 2.004.

Esto es referido fundamentalmente a los empleados del sector formal. Las aquí enunciadas son enfermedades “de oficina” y “de fábrica”. En estas estadísticas no están representados mineros, taxistas, campesinos, trabajadores informales de las grandes ciudades, mensajeros y todas las labores a destajo que corresponden a la mayoría de la población colombiana.

Accidente de trabajo

En la evolución de la Seguridad Social en nuestro país y especialmente en la promoción de la salud y la seguridad en el trabajo a través del SGRP, el concepto de accidentalidad se enfoca a los sucesos repentinos que sobrevengan con ocasión o causa de las actividades inherentes al trabajo y que produzca al trabajador una lesión, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.

Actualmente, la definición de **ACCIDENTE DE TRABAJO** está en un limbo jurídico. La Corte Constitucional declaró inexequibles los artículos 9º y 10º del Decreto Ley 1295 de 1994 que definen el Accidente de Trabajo y dio un plazo hasta el 20 de junio de 2007 para que mediante Ley se

aclarara el tema, plazo que ya se ha vencido sin haber sido aprobado el proyecto de Ley 256-Cámara de 2007 "Por el cual se dictan disposiciones relacionadas con el SGRP y se dictan otras disposiciones", por lo que el Ministerio ha adoptado provisionalmente la definición consignada en la Decisión 584 de 2004 en el instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Comunidad Andina de Naciones – CAN, así:

Es **ACCIDENTE DE TRABAJO** "todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aun fuera del lugar y horas de trabajo".

Pero al respecto hay que aclarar que en la Decisión 584 de 2004 se aclara que las legislaciones de cada país podrán definir lo relativo a las lesiones presentadas *in itinere*. Igualmente no se menciona lo relativo a las lesiones deportivas ni hace alusión a acepciones expresas en el artículo 21 de la Ley 50 de 1990 (actividades recreativas o de capacitación por cuenta del empleador). Así las cosas, persiste un importante vacío jurídico, que por sí solo debería acelerar el lento trasegar del proyecto de reforma en curso.

El proyecto de Ley 256 de 2007 cámara de representantes empieza por definir **ACCIDENTE DE TRABAJO** como "todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte [… y] todo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador (…) aún fuera del lugar y horas de trabajo, [… o] durante el traslado de los trabajadores desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador". Se toman como excepciones cuando el accidente se presenta durante "actividades diferentes para las que fue contratado el trabajador (…) a menos que actúe por cuenta o en representación del empleador o fuera de la empresa, durante los permisos (…)". A la definición de Enfermedad Profesional se agrega que el Gobierno Nacional determinará en forma periódica las enfermedades que se consideran como profesionales.

El proyecto de Ley establecería que el incumplimiento de los programas de salud ocupacional y demás obligaciones del empleador, o peor en caso de accidente mortal originado en el incumplimiento de las normas de salud ocupacional, acarreará multas y hasta el cierre definitivo de la empresa.

Gráfico No 8. Muertes SGRP 1994-2006.

Fuente: Ministerio de la Protección Social

Cotización el SGRP

Deben afiliarse al SGRP los trabajadores dependientes, los jubilados o pensionados (excepto de invalidez) que se reincorporen a la fuerza laboral, los estudiantes en entrenamiento que representen ingresos y los trabajadores independientes.

Las tarifas fijadas se determinan, con metodologías comunes para todas las ARP, de acuerdo con la actividad económica de la empresa y otros factores. El Decreto 1607 de 2002 establece la "Tabla de Clasificación de Actividades Económicas para el SGRP" y el Decreto 1772 de 1994, reglamentan la afiliación y las cotizaciones al SGRP, así:

Cuadro No. 11. Clasificación de Actividades Económicas para el SGRP

	Clase de riesgo	Valor mínimo	Valor inicial	Valor máximo

	Clase de riesgo	Valor mínimo	Valor inicial	Valor máximo
Riesgo mínimo	I	0.348%	0.522%	0.696%
Riesgo bajo	II	0.435%	1.044%	1.653%
Riesgo medio	III	0.783%	2.436%	4.089%
Riesgo alto	IV	1.740%	4.350%	6.060%
Riesgo máximo	V	3.219%	6.960%	8.700%

Toda empresa que ingrese por primera vez al SGRP cotiza por el valor inicial de la clase de riesgo que le corresponda. Según Ley 776 de 2002 que modifica al decreto 1295 de 1994, se puede disminuir el monto de la cotización, al menos un año desde la afiliación del empleador, pero aún no se reglamenta la forma en la cual una empresa en función del éxito en el desarrollo de su programa de salud ocupacional puede moverse a la izquierda dentro de una misma clase de riesgo.

Las empresas pertenecientes a las clases IV y V son consideradas como de alto riesgo y deben inscribirse en las direcciones seccionales del Ministerio de la Protección Social para seguir un régimen más severo de prevención, supervisión e información.

La cotización al SGRP se distribuye así: 94% para cobertura de prestaciones económicas y asistenciales, y administración del sistema; 5% para el desarrollo de programas, campañas y acciones de educación, prevención e investigación de los riesgos profesionales y un 1% para el Fondo de Riesgos Profesionales, que tiene por objeto hacer estudios de investigación, implementar un Sistema Único de Información y un Sistema de Garantía de Calidad, así como adelantar estudios, campañas y acciones de educación, prevención e investigación de ATEP.

El Fondo de Riesgos Profesionales es una cuenta especial de la nación, sin personería jurídica, adscrita actualmente al Ministerio de la Protección Social y cuyos recursos son administrados en fiducia. Tiene por objeto hacer estudios de investigación en materia financiera, actuarial o técnica del SGRP e implementar un sistema único de información del Sistema y un Sistema de Garantía de Calidad de la Gestión (hasta un 10%); adelantar estudios, campañas y acciones de educación,

prevención e investigación de ATEP en todo el territorio nacional, hasta un 40% y lo restante para ello mismo en la población vulnerable del territorio nacional.

Acerca del Ingreso Base de Liquidación – IBL el proyecto en curso propone que para liquidar las prestaciones económicas el proyecto establece unos promedios de los aportes de un periodo de 6 meses para accidentes de trabajo o un año para enfermedad profesional. Y reitera que son afiliados al SGRP, en forma voluntaria, los trabajadores independientes. Estos dos aspectos, según la Corte, no podrían haberse establecido en el decreto legislativo por falta de competencia del ejecutivo para ello.

Según la exposición de motivos del proyecto de Ley "Adicionalmente, se incluyen unos artículos que buscan mejorar el funcionamiento del SGRP en aspectos como la mora en el pago de aportes y sanciones por su incumplimiento [para que no afecte a los trabajadores, sino al empleador], el reporte de información de actividades de promoción y prevención por parte de las ARP al Ministerio de la Protección Social [en concurrencia con lo formulado en el Plan Nacional de Salud Pública], la intervención en las empresas de alto riesgo, el fortalecimiento de las actividades de promoción y prevención en las micro y pequeñas empresas [… así como] implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Riesgos Profesionales que deberán cumplir de todos los actores del sistema.

Afiliación al SGRP de trabajadores independientes e informales

La diferencia de conceptos a la hora de contratar al respecto de riesgos profesionales por la no obligatoriedad no ha permitido tener claridad en la afiliación a Riesgos profesionales.

Según la Circular 1011 de 2004, teniendo en cuenta que se ha detectado desconocimiento de las normas que rigen el Sistema de Riesgos Profesionales a la hora de celebrar contratos, órdenes de servicio o de trabajo para prestación de servicios personales en algunas dependencias, se recuerda la normatividad aplicable sobre la materia, así:

El literal b. del Artículo 13 del Decreto 1295 de 1994, dispuso que son afiliados al SGRP, en forma voluntaria, los trabajadores independientes, de conformidad con la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional.

Con base en la anterior disposición, el Gobierno Nacional promulgó el Decreto 2800 del 2 de octubre de 2003, por el cual se reglamenta parcialmente el literal b) del artículo 13 del Decreto-ley 1295 de 1994.

Se entiende como trabajador independiente toda persona natural que realice una actividad económica o preste sus servicios de manera personal y por su cuenta y riesgo, mediante contratos de carácter civil, comercial o administrativo, distintos al laboral, siempre que el trabajador realice de manera personal la actividad contratada y que en el contrato escrito establezca la actividad, el lugar y el valor de los honorarios o remuneración. El trabajador independiente debe manifestar por escrito la intención de afiliarse o no al SGRP.

El decreto 3615 de 2005 especifica que la clasificación del riesgo del trabajador independiente se realizará de acuerdo con la actividad, arte, oficio, o profesión que desempeñe la persona y los parámetros de días, horarios, tareas y espacio a los cuales se limita el cubrimiento por el riesgo profesional y cotizar por el riesgo más alto.

El trabajador independiente deberá pagar en su totalidad el aporte. El ingreso base de cotización deberá calcularse con el valor neto de los honorarios, deduciendo gastos y en todo caso nunca inferior al 40% del ingreso total y está entre 2 y 25 SMMLV, en igual monto que los otros aportes al SSSI.

Afiliación al SGRP

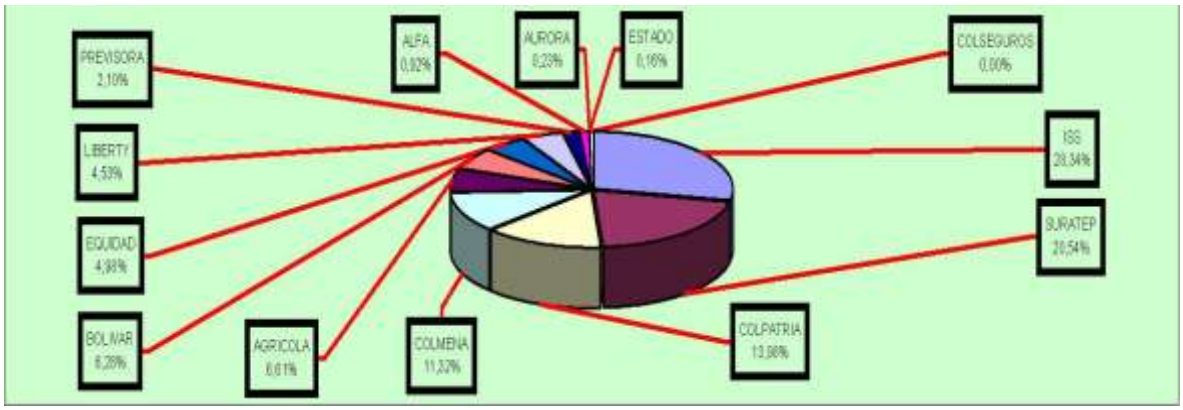
La afiliación al SGRP, da derecho a la empresa afiliada a recibir por parte de la ARP: asesoría técnica básica para el diseño del programa de salud ocupacional, capacitación básica para el montaje de la brigada de primeros auxilios, capacitación a los miembros del Comité Paritario de Salud Ocupacional (en empresas más de 10 trabajadores) o a los vigías ocupacionales (en empresas con menos de 10), fomento de estilos de trabajo y de vida saludables. Pero no están claramente definidos en la normatividad los contenidos de ciertos servicios que deben prestar las ARP a las empresas, conforme a lo establecido en el artículo 35 del Decreto Ley 1295 de 1994, como acciones de prevención o, en las prestaciones asistenciales, qué es rehabilitación profesional y cuáles son sus alcances.

El Ministerio de la Protección Social viene reportando un ascenso en la afiliación a riesgos profesionales, que indican que a junio de 2007 las ARP cuentan con un total de 5.882.252 trabajadores.

Gráfico No 9. Trabajadores afiliados al SGRP 1994-2007

Fuente: Ministerio de la Protección Social

Gráfico No 10. Trabajadores afiliados al SGRP distribuidos por ARP, junio 2007.



Fuente: Ministerio de la Protección Social

Todo trabajador que sufra un ATEP tiene derecho al reconocimiento de las prestaciones asistenciales y económicas.

Prestaciones asistenciales para ATEP

Todo trabajador que sufra un ATEP tiene derecho a:

- Asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica
- Servicios de hospitalización
- Servicio odontológico
- Suministro de medicamentos
- Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- Prótesis y órtesis
- Rehabilitaciones físicas y profesionales
- Gastos de traslado para la presentación de estos servicios

Estos servicios de salud serán prestados a través de la EPS-C salvo los servicios específicos de rehabilitación profesional y medicina ocupacional que pueden ser prestados directamente por las ARP. Los gastos que tengan relación directa con la atención del riesgo profesional están a cargo de la ARP correspondiente que reembolsa a la EPS-C a las mismas tarifas convenidas entre ésta y la IPS que atienda el caso. La IPS, a su vez, debe informar en dos días hábiles a las aseguradoras el evento.

La atención inicial de urgencia de los afiliados al sistema, derivados de ATEP, podrá ser prestada por cualquier Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS, con cargo al SGRP.

Prestaciones económicas para ATEP

El subsidio por incapacidad temporal es del 100% del salario base de liquidación SBL (por enfermedad general la incapacidad temporal da apenas el 66,6%). La indemnización, si la pérdida de la capacidad laboral está entre 5% y 49%, es de entre 2 y 24 SBL y la pensión, si la pérdida de la

capacidad laboral es igual o superior al 50%, va del 60% al 86,25% del SBL. Por supuesto que estas prestaciones, bastantes más atractivas que las ofrecidas por los sistemas de seguridad social en salud y pensiones, hacen que los trabajadores procuren demostrar el nexo de causalidad con el riesgo laboral.

2.4.4 Calificación de origen del ATEP

El documento "Procedimiento para calificación de origen y pérdida de capacidad laboral" del ministerio de la Protección Social, explica que la calificación de origen del ATEP están establecidos en el Código Sustantivo del Trabajo, la Ley 100 de 1993, el Decreto 1295 de 1994, el Decreto 917 de 1999 ("Manual único de calificación de invalidez"), la Ley 772 de 2002, el Decreto 2463 de 2001, el "Manual de procedimientos para el funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez" y otros decretos y sentencias de la corte suprema de justicia.

Relación de causalidad laboral

Un accidente, enfermedad o la muerte, se clasifican en origen profesional cuando la situación que padece el individuo es por causa de su trabajo y de origen común cuando ocurren por causas que no tienen nada que ver con la labor que desempeña.

El Decreto 1832 de 1994 establece una tabla de 42 enfermedades profesionales y su relación de causalidad, que reconoce también la posible concurrencia de una enfermedad de origen profesional con otra de origen común (Eventos simultáneos, Resolución 2569 de 1999).

La relación de causalidad de una enfermedad profesional se establece por la presencia de un factor de riesgo causal-ocupacional en el sitio de trabajo y de una enfermedad relacionada causalmente con este factor de riesgo. No se puede ordenar la prueba de embarazo como requisito previo a la vinculación de la mujer trabajadora, salvo que éste sea una contraindicación para el desempeño de la labor contratada.

El origen de una enfermedad es común si no existe relación de causa efecto con los factores de riesgo, que se haya detectado en el examen médico pre-ocupacional practicado por la empresa o que la exposición fue insuficiente para causar la enfermedad.

Clasificación de los Factores de Riesgo

El artículo 4 del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial relaciona los factores de riesgo ocupacional presentes en los sitios de trabajo de acuerdo con su actividad económica, según la siguiente clasificación:

Cuadro No. 12. Clasificación de factores de riesgo ocupacional Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial

Riesgos Físicos	Riesgos Químicos	Riesgos Biológicos
• Ruido • Temperaturas Extremas • Iluminación • Radiaciones no Ionizantes • Vibraciones • Presiones Anormales	• Gases y Vapores • Polvos Inorgánicos • Polvos Orgánicos • Humos • Rocíos • Neblinas	• Virus • Hongos • Bacterias
Riesgos Mecánicos	**Riesgos Locativos**	**Riesgos Psicosociales**
• Máquinas • Equipos • Herramientas	• Pisos • Techos • Almacenamiento • Muros • Orden y limpieza	• Exceso de responsabilidades • Trabajo bajo presión • Monotonía y rutina • Problemas familiares • Problemas laborales • Movimientos repetitivos • Turnos de trabajo
Riesgos Ergonómicos	**Riesgos Eléctricos**	**Riesgos Naturales**
• Posiciones Forzadas • Sobre esfuerzos • Fatiga • Ubicación inadecuada del puesto de trabajo	• Puestas a tierra • Instalaciones en mal estado • Instalaciones recargadas	• Tormentas eléctricas • Huracanes • Terremotos • Deslizamientos
Riesgos de Tránsito	**Otros Riesgos**	

• Colisiones • Volcamientos • Varadas • Obstáculos • Atropellamientos	• Trabajo en altura • Incendio y/o explosión

Calificación de origen del ATEP

Según Durán Salazar (2006), este tema lo establece el Código Sustantivo del Trabajo, la Ley 100 de 1993, el Decreto 1295 de 1994, el Decreto 917 de 1999 ("Manual único de calificación de invalidez"), la Ley 772 de 2002, el Decreto 2463 de 2001, Manual de procedimientos para el funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez (Ministerio de Protección Social) y otros decretos y sentencias de la corte suprema de justicia.

Un accidente, enfermedad o la muerte, se clasifican en origen profesional cuando la situación que padece el individuo es por causa de su trabajo y de origen común cuando ocurren por causas que no tienen nada que ver con la labor que desempeña.

Sobre el procedimiento de la calificación de la pérdida de capacidad laboral, el grado de invalidez y el origen de las contingencias, el artículo 41 de la Ley 100 de 1993 fue modificado por la Ley 962 de 2005, de racionalización de trámites administrativos, en su artículo 52 "Determinación de la pérdida de capacidad laboral y grado de invalidez", que quedó así:

1. Corresponde en primera instancia a las ARP, a las compañías de seguros que asumen el riego de invalidez y muerte y a las EPS-C
2. La EPS notifica la calificación a los interesados (AFP, ARP, EPS, empleador, trabajador)
3. Si el trabajador no está conforme puede reclamar su derecho a ser calificado en segunda instancia por parte de la Junta Regional de Calificación de Invalidez (JRCI), que realiza y notifica al trabajador la calificación.
4. Contra el dictamen emitido por la JRCI procede el recurso de reposición y/o apelación, pasando automáticamente el caso a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez y ante sus dictámenes no procede recurso alguno.
5. Si continua el desacuerdo, el interesado puede llevar el caso a la justicia laboral ordinaria y hasta la Corte Suprema de Justicia.

Este proceso no aplica para los regímenes excepcionados[40].

Calificación de la pérdida de capacidad laboral

La calificación de la pérdida de capacidad laboral consiste en determinar el porcentaje de pérdida de la capacidad que tiene el individuo para desempeñar una labor, lo cual puede ser incapacidad permanente parcial o invalidez para su reconocimiento económico en proporción al daño sufrido a cargo de la ARP (artículo 7° de la Ley 776 de 2002).

Para realizar la calificación integral de la invalidez (Resolución 1971 de 1999), se otorga un puntaje a cada uno de los criterios, cuya sumatoria equivale al 100% del total de la pérdida de la capacidad laboral, dentro de los siguientes rangos máximos de puntaje: Deficiencia (pérdida o anormalidad de una estructura o función), 50%; Discapacidad (restricción de la capacidad de realizar una actividad producida por una deficiencia), 20%; Minusvalía (situación desventajosa consecuencia de una deficiencia o una discapacidad) 30%.

Una vez obtenida la certificación por parte de la IPS de terminación del proceso de rehabilitación se accede a la evaluación de la pérdida de capacidad laboral por parte de la ARP. Si el trabajador no está de acuerdo con la calificación podrá presentar su inconformidad y su caso será calificado de acuerdo con el procedimiento de calificación de origen.

Institución de Peritaje Médico-Laboral de la Seguridad Social

En Sentencia C-1002 de 2004, la honorable Corte Constitucional declara inexequible parte del artículo 43 de la Ley 100 de 1993 sobre las Juntas de Calificación de Invalidez, en lo que se refiere a "demás normas necesarias para su adecuado funcionamiento", por indeterminación de la expresión, toda vez que no se entiende cuál es el verdadero alcance respecto de la facultad del Gobierno de regular.

Según la exposición de motivos del proyecto de Ley, se busca cambiar el modelo para la calificación del origen y pérdida de capacidad laboral en los casos en los que se controvierte la calificación realizada en primera oportunidad por los administradores del sistema, que actualmente es

[40] Véase sección 9.4 "Regímenes excepcionados" (página 495 y ss)

responsabilidad de las Juntas de Calificación de Invalidez, toda vez que el modelo actual no está cumpliendo satisfactoriamente con el objetivo para el cual fue creado".

Se crearían entonces las Instituciones de Peritaje Médico-Laboral de la Seguridad Social (en reemplazo de las Juntas de Calificación de Invalidez) para la determinación del origen de las contingencias y la valoración de la pérdida de Capacidad Laboral en los casos en que se presente controversia frente a una decisión dentro del Sistema de Seguridad Social Integral -SSSI y los regímenes de excepción, si lo solicitan. Casi la mitad del proyecto de reforma trata acerca de estas organizaciones en sus detalles.

Incapacidades de origen laboral

Se entiende por incapacidad temporal, aquella que según el cuadro agudo de la enfermedad que presente el afiliado, le impide desempeñar su capacidad laboral por un tiempo determinado. La ARP no reconoce el primer día de incapacidad.

La incapacidad permanente parcial se presenta cuando el afiliado, como consecuencia de un ATEP, sufre una disminución parcial, pero definitiva, en alguna o algunas de sus facultades para realizar su trabajo habitual, y se establece como tal si el trabajador presenta una disminución definitiva, igual o superior al 5%, pero inferior al 50%, de su capacidad laboral, para la cual ha sido contratado o capacitado.

La determinación de los grados de incapacidad permanente parcial, invalidez o invalidez total, originadas por lesiones debidas a riesgos profesionales, se hará de acuerdo con el "Manual de Invalidez" y la "Tabla de Valuación de Incapacidades".

Una situación excéntrica que se presenta tiene que ver la concurrencia de empleadores, cuando un trabajador tiene varios contratos laborales y en uno de sus empleos presenta un accidente de trabajo que le genera incapacidad temporal. Para la empresa en la que ocurre el accidente la situación es clara, pero para los otros empleadores es un accidente común, con cargo al SGSSS, y ello afecta los ingresos salariales del asegurado a la vez que lesiona patrimonialmente a los otros empleadores.

Con todo, es claro que existe un pobre desarrollo de las EPS-C y que falta articulación en el sistema para definir el origen profesional de las enfermedades. La carga de la enfermedad profesional continúa oculta, siendo un lastre para las EPS-C.

2.5 **Sistema General de Participaciones – SGP en salud:** Recursos (transferencias) y competencias territoriales en salud[41]

2.5.1 Transferencias a los entes territoriales

En presentación de Héctor Zambrano Rodríguez (febrero de 2002) se muestra que, por lo general, las transferencias tienen como objetivos principales:

- Corregir los desequilibrios fiscales verticales, ya que la Nación quien tiene mayor capacidad de recaudación de impuestos y el desbalance o brecha fiscal entre los ingresos y gastos de las entidades territoriales se compensa con transferencias del nivel nacional.
- Estimular la provisión de ciertos servicios que generan externalidades positivas (ganancias netas para una sociedad), para promover su expansión a niveles socialmente deseables, garantizando un estándar mínimo de éstos servicios en todas las jurisdicciones.
- Corregir desequilibrios horizontales (entre entes territoriales del mismo nivel: entre municipios y entre departamentos) para acercar a niveles de igualdad a jurisdicciones que se encuentran en condiciones de inferioridad frente al resto.

Los antecedentes más importantes al régimen de transferencias en Colombia se presentaron cuando en 1967 se estableció el impuesto a las ventas, más tarde llamado Impuesto al Valor Agregado IVA. Una parte de éste se destinó a los municipios. En 1971, a su vez, se estableció el Situado Fiscal de tal manera que el 13% de los Ingresos Corrientes de la Nación se destinaron a fondos educativos y de salud departamentales. Los Ingresos Corrientes de la Nación ICN corresponden tanto a los ingresos tributarios nacionales (IVA, Impuesto de Renta, aranceles aduaneros, entre otros) como a los ingresos no tributarios (tasas, multas, rentas contractuales, contribución de valorización). El situado fiscal consiste a su vez en un porcentaje creciente de recursos de la Nación a los entes territoriales con destinación específica (educación y salud).

[41] El tema del 2.5 Sistema General de Participaciones – SGP está en íntima relación con el de Descentralización, por lo cual se sugiere que se lea previamente la sección 1.2.5 "La descentralización y su impacto en los sistemas de salud" (página 29 y ss)

Régimen de transferencias según la Constitución de 1991

En 1991 la Constitución Política de Colombia fortaleció la transferencia de recursos y competencias. El Título XII Capítulo 4 trata de la "Distribución de recursos y de las competencias" y en el artículo 356 dice explícitamente que "no se podrá descentralizar competencias sin la previa asignación suficientes para atenderlas".

El mandato constitucional fue trasladar automáticamente y de manera gradual hasta cerca del 50% de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN) a los entes territoriales para efectos del cumplimiento de las responsabilidades transferidas. A su vez, los artículos 356 y 357 aumentaban el Situado Fiscal hasta un porcentaje que permitiera atender adecuadamente salud y educación: 24.5% de 1996 en adelante. Igualmente, convirtió la transferencia del IVA en una participación en los Ingresos Corrientes.

Reglamentando el mandato constitucional, en 1993 se promulga la Ley 60 de 1993, que distribuyó competencias de acuerdo a los recursos transferidos, así:

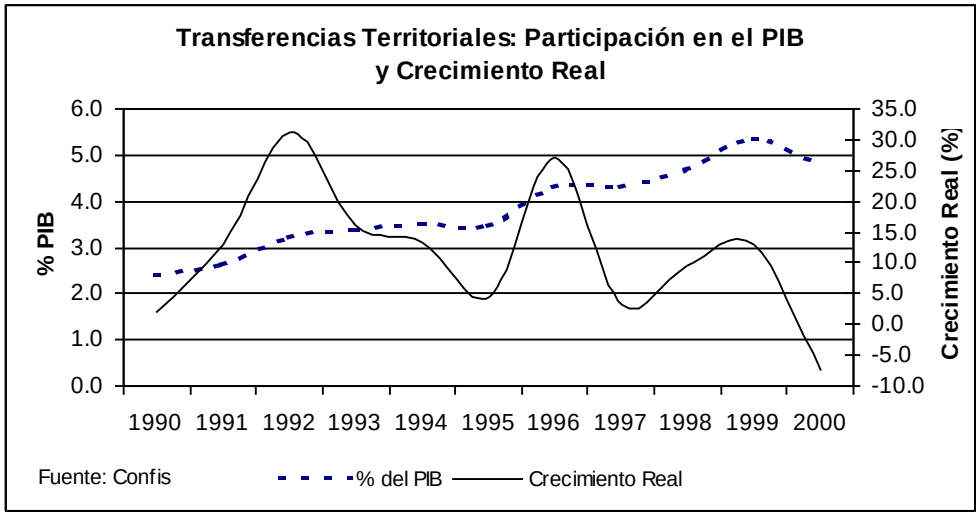
Cuadro No. 13. Competencias y transferencias según Constitución de 1991 y Ley 60 de 1993

	Participación en los Ingresos Corrientes de la Nación (PICN): 22%	**Situado Fiscal (SF): 24.5%**
Educación:	30%	60%
Salud:	25%	20%
Agua potable, saneamiento:	20%	
Recreación, deporte, cultura:	5%	
Libre inversión:	20%	20%

Según Barón (2007), prácticamente desde el principio, la Ley 60 de 1993 tropezó con dificultades en su desarrollo, no sólo por su diferencia de enfoque con respecto a la Ley 100, sino por la falta de una delimitación más precisa de competencias entre la nación y los entes territoriales en materia de acciones de la salud pública y una aplicación confusa y redundante de recursos (por ejemplo entre acciones individuales y colectivas), que fue objeto de críticas al desvirtuarse los principios de complementariedad y subsidiaridad que explícitamente se señalaron en la Ley 100, a través de estas acciones en el área de la salud pública. De otra parte, a pesar de los alcances previstos de la Ley 60 de 1993, en la práctica se reveló una escasa capacidad institucional para la consolidación del proceso de descentralización y la generación de recursos adicionales desde los propios entes locales. Una debilidad manifiesta de dicha Ley fue la carencia de incentivos a una respuesta local para asumir competencias, movilizar recursos y mejorar su administración.

Lo cierto es que el sistema existente entonces ataba las transferencias a los ICN, los cuales son inestables dadas las constantes fluctuaciones de la economía nacional. Así, los recursos destinados a las transferencias tuvieron, en la década de los noventa, una alta volatilidad que le impedía a las regiones planear correctamente sus inversiones y distribuir adecuadamente sus recursos.

Gráfico No 11. Transferencias territoriales bajo Ley 60 de 1993: participación en el PIB y crecimiento real



Fuente: Ministerio de la Protección Social

Además, la caída de las transferencias ponía a los entes territoriales a pedir salvavidas permanentemente (como el recurso del Fondo Educativo de Compensación), mientras que un mejoramiento de las transferencias rara vez implicaba mejoramiento de cobertura y más bien se habló de desvíos de recursos en nómina, en parte por lo farragoso de la distribución de los recursos, en parte por problemas de planeación asociados a su volatilidad.

En 1995 el acto legislativo 001 había autorizado a los municipios de categorías cuarta, quinta y sexta (los más pobres y pequeños, que carecen de fuentes propias de recaudo), para destinar a cualquier clase de gastos (o sea, a funcionamiento) un porcentaje de los ingresos corrientes bajo la figura de "ingresos corrientes de libre destinación" ICLD.

A su vez, la Ley 549 de 1999 crea el FONPET (Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales) y se dispone de una parte de la Participación en los Ingresos Corrientes de la Nación PICN, con recursos orientados al cubrimiento de los pasivos pensionales territoriales.

Estalla la crisis

Las evaluaciones al sistema de transferencias desarrollado por la Ley 60 de 1993, permitieron establecer que los niveles de cobertura, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios sociales (educación, salud) no mejoraron, a pesar de contar con dos fuentes para su financiación (PICN y Situado Fiscal); El desvío de recursos cada vez mayor por parte de algunas entidades para la atención de gastos de funcionamiento terminó por desgastar el sistema que, aunque contemplaba algunos indicadores para medir la eficiencia de las entidades territoriales en el manejo de los recursos, fue inequitativo y tampoco contemplaba el aumento de la población objetivo en las grandes ciudades como consecuencia de factores externos relacionados con las condiciones económicas y sociales del país.

Según el Dr. Zambrano, considerando varios aspectos críticos de las finanzas públicas iniciando este siglo, se propuso una estrategia integral clásica basada en aumentar ingresos y disminuir costos

- INCREMENTO DE INGRESOS: se planteó mediante una reforma tributaria (otra de tantas), una nueva Ley para administrar el monopolio rentístico de juegos de suerte y azar (con destinación específica para la salud como prevé la constitución, que sería la Ley 643 de 2001), una reforma

pensional (otra de tantas) y el fortalecimiento ingresos tributarios territoriales, que se pondría en firme hasta hace poco.

- CONTROL DE GASTOS: Se promulgaría la Ley 617 de 2000 para el saneamiento de las finanzas territoriales y se establecerían límites al crecimiento del gasto de las entidades públicas nacionales, se presentaría un proyecto de Ley de responsabilidad fiscal, una la reestructuración del Estado y, finalmente, un acto legislativo para reformar las transferencias.

2.5.2 Las reformas constitucionales a las transferencias en 2001 y 2007

Un Acto Legislativo es una reforma constitucional. En 2001 se alcanzan los topes de incrementos de las transferencias reglamentadas en la Constitución por lo que se promulga en el Congreso el Acto Legislativo 001 que hace dos grandes cambios estructurales a las transferencias en Colombia:

1. Crea el Sistema General de Participaciones SGP, que simplifica enormemente el manejo nacional y territorial de las transferencias, y que consiste en una especie de bolsa de recursos que reúne el Situado Fiscal SF y la Participación en los Ingresos Corrientes de la Nación PICN, además de anular el Fondo Educativo de Compensación FEC.
2. Modifica el régimen de transferencias (artículos 356 y 357 de la Constitución Nacional), planificando el crecimiento de las Transferencias con un reajuste por inflación más un incremento real ponderado del 2% al 2,5% anual hasta 2008.

Siguiendo la misma línea, el acto legislativo 004 de 2007 "por el cual se reforman los artículos 356 y 357 de la Constitución Política" acuerda que las transferencias se calcularán a partir de 2008 siguiendo la misma mecánica "incremental" de la reforma de 2001, quedando consolidado de la siguiente manera:

Cuadro No. 14. Transferencias según reformas constitucionales de 2001 y 2007

AÑO	Crecimiento de las Transferencias
2002 a 2005	Inflación + 2,00%
2006 a 2007	Inflación + 2.50%
2008 – 2009	Inflación + 4.0%

AÑO	Crecimiento de las Transferencias
2010	Inflación + 3.5%
2011 - 2016	Inflación + 3.0%

De 2017 en adelante se tomará como base para el cálculo el promedio de los ingresos corrientes de los cuatro años anteriores.

Además, en la más reciente reforma se encuentran otras disposiciones importantes como son:

- Se incluye cada año un punto y fracción adicional, "no acumulable", dirigido exclusivamente a educación.
- Si la tasa de crecimiento de la economía (Producto Interno Bruto PIB) es mayor al 4%, habrá puntos adicionales "no acumulables" para la atención integral de la primera infancia.
- Los resultados del censo de 2005 no afectarán las transferencias de los entes territoriales, es decir, no se disminuirán los recursos en las regiones donde disminuyó la población.
- El Gobierno Nacional definirá una estrategia de monitoreo, seguimiento y control integral al gasto ejecutado por las entidades territoriales con recursos SGP, con participación ciudadana en el control social y en los procesos de rendición de cuentas, para asegurar el cumplimiento de metas de cobertura y calidad.
- Cuando una entidad territorial alcance coberturas universales con calidad (educación, salud, agua potable, saneamiento básico), podrá destinar los recursos excedentes a inversión en otros sectores (premiar la eficiencia de las políticas sociales en lugar de castigarla).
- El 17% de los recursos de Propósitos Generales del SGP se distribuirá entre los municipios con población inferior a 25.000 habitantes (unos 800 de los más de mil que hay en el país), con destinación exclusiva para inversión.

Efectos de las reformas

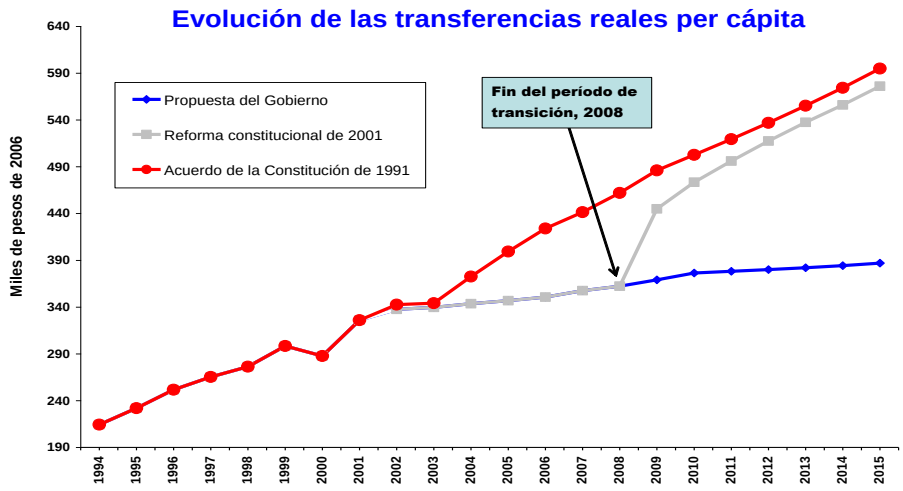
Los problemas del Sistema de Transferencias que resuelven los Actos Legislativos 001 son resueltos, según el DNP, al generar estabilidad y crecimiento real de las transferencias dando certidumbre de recursos para la planificación de largo plazo, inclusión en las fórmulas de incentivos por resultados en cobertura y calidad (dinero en función de logro de metas), definición clara de competencias, reorganización de los servicios de educación y salud, distribución con base en

necesidades pues reconoce diferencias por equidad (dispersión poblacional, pobreza y déficit de cobertura). Igualmente se controla el crecimiento de los costos, simplificando y controlando el flujo de recursos y se estimulan la inspección, vigilancia y control de los recursos y la calidad.

A su vez, y con relación a las finanzas territoriales, la Contraloría General de la República en su estudio "La situación de las finanzas del Estado y Cuenta General del Presupuesto y del Tesoro" (2006) encontró que el proceso de descentralización en Colombia ha significado un mayor recaudo fiscal por parte de los municipios, distritos y departamentos, al tiempo que consolidaron su proceso de ajuste fiscal, al pasar de un déficit equivalente a -0,3% del PIB en 1999, a un superávit del 0,5% del PIB en 2004, mientras que en el año 2005 las administraciones regionales y locales presentaron un equilibrio en sus finanzas. Entonces con las normas de restricción en el gasto público territorial (ley 550 de 1998, y Ley 617 de 2000), los ingresos propios de los municipios capitales y los departamentos, crecieron más rápido que los gastos de funcionamiento en los últimos años, lo que significó la liberalización de recursos para la inversión.

Por otra parte, el ensayo "Análisis crítico del proyecto gubernamental de reforma al Sistema General de Participaciones", elaborado por el profesor Andrés De Zubiría Samper explica que mientras que en el año 2001 las transferencias representaban el 46,5% de los ICN, con la reforma pasaron a representar en 2006 sólo el 37,2%, es decir, disminuyeron en solo 5 años en 9.3 puntos porcentuales del recaudo total central. Y de acuerdo con los análisis del profesor de la Escuela de Economía de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional, Darío Restrepo Botero, con la colaboración de Eric Céspedes y Federico Baquero, investigadores apoyados por la Agencia Alemana de Cooperación GTZ (Red de Iniciativas de Gobernabilidad, Democracia y Desarrollo Territorial), con el Acto Legislativo 01 de 2001 sobre SGP, en el período 2002-2006 se dejaron de girar a los entes territoriales $7,59 billones de 2006 y con el acto legislativo 002 de 2007 se dejan de girar, solo en 2009, $4.31 billones de 2006. La siguiente gráfica nos muestra los que habría sido de las transferencias sin las reformas de 2001 y 2007 (línea roja), sólo con la reforma de 2001 (línea gris) y con la reforma de 2007 (línea azul).

Gráfico No 12. Transferencias territoriales y sus reformas constitucionales: Crecimiento real y probable



Fuente: Agencia Alemana de Cooperación GTZ

Distribución de recursos y competencias para salud, educación y otros…

Reglamentando el acto legislativo 001 de 2001 se promulga en diciembre del mismo año la Ley 715 "por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias […] y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros".

En la distribución de recursos de SGP se prevén unos descuentos especiales (especialmente relevante en de FONPET) que suman el 4%, así:

Cuadro No. 15. Descuentos especiales al Sistema General de Participaciones (SGP) según Ley 715 de 2001

Total SGP	Menos	Destino
100%	0,52%	Resguardos indígenas (según población)
	0,08%	Municipios y territorios limítrofes al Río Grande de la Magdalena (en proporción a la ribera, según certificación del IGAC)
	0,50%	Distritos y municipios para alimentación escolar (fomento a restaurantes escolares)
	2,90%	Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales – FONPET
Total	**4,00%**	Estos recursos se descontarán por el ministerio de hacienda y crédito público, antes de la distribución del SGP.

Luego de los descuentos especiales, y tomando como base que el 96% restante de los descuentos especiales corresponde al 100% del monto a distribuir, la Ley 715 de 2001 prevé una distribución entre las asignaciones medulares de los recursos que es reformada por la Ley 1176 de 2007, "Por la cual se desarrollan los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones", quedando así:

Cuadro No. 16. Distribución de las Participaciones del SGP según Ley 715 de 2001 y Ley 1176 de 2007

Participaciones (Distribución sectorial)	Valor de la participación
Educación	58,5%
Salud	24,5%
Propósito General	11,6%
Agua potable y saneamiento básico	5,4%

Hay otro descuento a SGP propósito general: Aparte de los recursos destinados a inversión, hasta un 42% se destinan libremente (inversión y gastos de funcionamiento) por parte de los municipios de categoría cuarta, quinta y sexta. Además, de conformidad con lo previsto en el artículo 49 de la Ley 863 de 2003, del total de los recursos de la participación de propósito general, descontado el 28% de

libre destinación de los municipios de categorías cuarta, quinta y sexta, el diez por ciento (10%) se destina a FONPET.

El Decreto 028 de 2008 "define la estrategia de Monitoreo, Seguimiento y Control integral al gasto que se realice con recursos del Sistema General de Participaciones" y para ello crea la Unidad Administrativa Especial de Monitoreo, Seguimiento y Control, adscrita al Departamento Nacional de Planeación.

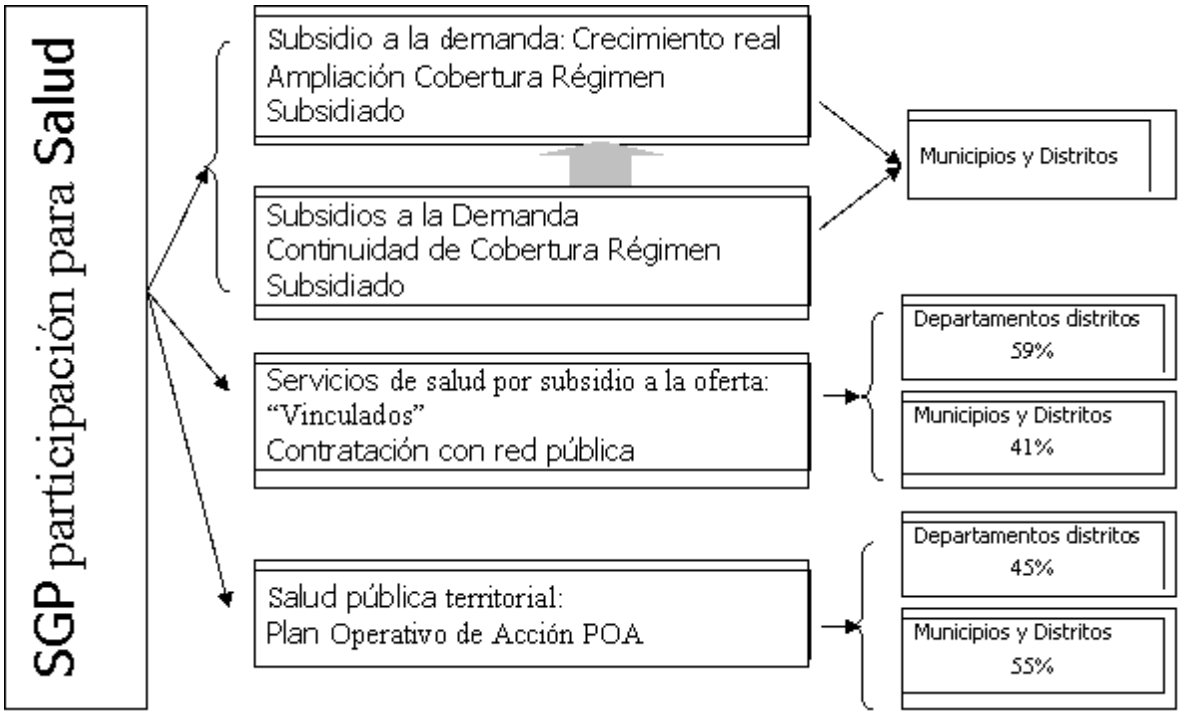
2.5.3 Las transferencias para la salud y su distribución

La distribución de los recursos para salud del SGP se hace a tres aplicaciones:

- Subsidio a la demanda (régimen subsidiado)
- Subsidio a la oferta (población pobre y vulnerable en lo no cubierto por subsidio a la demanda, antes llamados "vinculados" según Ley 100 de 1993)
- Salud pública territorial

Los recursos de régimen subsidiado son manejados por los municipios exclusivamente, pero no así los otros rubros. Para la atención de población pobre no asegurada por subsidio a la oferta se asignaron los servicios de menor complejidad (primer nivel de atención) a los municipios descentralizados, con un 41% de los recursos de oferta, y la mediana y alta complejidad (segundo y tercer nivel) a los departamentos con el restante 59% de tales recursos. Por otra parte, en Salud Pública se asignan funciones específicas a la nación, a los departamentos (45% de los recursos) y a los municipios (55% de los recursos). El tema de competencias ha venido siendo progresivamente regulado en varios actos administrativos y en la misma reforma al SGSSS (Ley 1122 de 2007).

Gráfico No 13. Sistema General de Participaciones SGP para salud: Distribución por usos y competencias entre entes territoriales



Fuente: Documentos Conpes

Los porcentajes de distribución antes mencionados han ido cambiando año por año ya que uno de los elementos clave de la norma era la conversión progresiva de recursos de oferta a demanda (o sea, ir pasando plata de "vinculados" a régimen subsidiado), procurando a su vez no afectar los recursos de salud pública. Hasta 2006 esto se lograba aplicando un crecimiento progresivo de la afiliación con recursos de ampliación de cobertura, que se financiaban tomando la totalidad del incremento real (2,0% ó 2,5%) del SGP que correspondieran a salud: Así, la salud pública como la continuidad del régimen subsidiado, se calculaban tomando el valor de las transferencias del año anterior más la inflación, y para subsidio a la oferta se aplicaba lo que sobrara. Esto fue llevando a un desmejoramiento progresivo de los recursos de oferta a expensas de los hospitales que se han habituado a ver estos dineros como su más segura fuente de liquidez.

El gobierno nacional, a su vez, interesado en la ampliación de cobertura (carnetización en régimen subsidiado) tuvo en 2005 un intento fallido de acelerar la transformación de recursos de oferta a demanda, pero desarrolló el tema en la Ley 1122 de 2007 (que reformó el SGSSS): En su artículo 11 precipita una transformación masiva de recursos de tal manera que el régimen subsidiado está incrementando progresivamente la aplicación de SGP en salud, 56% para el año 2007, 61% para el 2008 y 65% para 2009, no pudiendo superarse ya este valor. El gobierno definió unos engorrosos cálculos para distribución de subsidio a la oferta y salud pública, rubros ambos que se vieron consecuentemente mermados.

2.5.4 Competencias en salud de la nación y los entes territoriales

Hay un conjunto normativo que establece las competencias en salud de la nación, los departamentos, los distritos y los municipios, fundamentalmente basado en la Ley 715 de 2001, que trata sobre el sector salud, pero también la Ley 10 de 1990, la Ley 100 de 1993 y la Ley 1122 de 2007.

La Ley 715 de 2001 trata de las competencias en los siguientes apartados:

Capítulo I (artículo 42): Competencias de la nación en el sector salud

Capítulo II (artículos 43 a 45): Competencias de las entidades territoriales en el sector salud

- Artículo 43. Competencias de los departamentos en salud
  - 43.1. De dirección del sector salud en el ámbito departamental
  - 43.2. De prestación de servicios de salud
  - 43.3. De salud pública
  - 43.4. De aseguramiento de la población al SGSSS
- Artículo 44. Competencias de los municipios
  - 44.1. De dirección del sector en el ámbito municipal
  - 44.2. De aseguramiento de la población al SGSSS

44.3. De salud pública

Artículo 45. Competencias en salud por parte de los distritos

Sin embargo, para visualizar de manera integrada estas funciones debe tenerse también en cuenta lo dispuesto por el Artículo 34 -literales a), b) y c)- de la Ley 1122 de 2007, como se hace en el siguiente cuadro:

Observaciones importantes al cuadro:

- *Los distritos (en especial el distrito capital de Bogotá) tienen las mismas competencias que los municipios y departamentos, excepto aquellas que correspondan a la función de intermediación entre los municipios y la Nación.*
- *Principio de subsidiariedad: Cuando los municipios no puedan ejercer las competencias o prestar los servicios que en materia de salud les correspondan los departamentos deben contribuir transitoriamente a su gestión (Ley 10 de 1990, Ley 136 de 1994 artículo 4° y decreto 1920 de 1994 artículo 2)*
- *Para complementar lo referente a las competencias de la nación en salud pública es del caso remitirse al capítulo 4 "Organismos nacionales de dirección, vigilancia y control".*

Cuadro No. 17. Distribución de las Competencias en salud según Ley 715 de 2001

	Nación	Departamento	Municipio
Dirección	• Planeación, seguimiento y evaluación y regulación • Asistencia técnica a entes territoriales • Definir Sistema Obligatorio para la Garantía de la Calidad en Salud SOGCS • Establecer mecanismos de participación social • Reglamentación para el control de la evasión y la elusión de los aportes al SGSSS [Ley 1122 de 2007] • Sistema de Inspección Vigilancia y Control del SGSSS a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud - SNS • El Instituto Nacional de Vigilancia de Alimentos y Medicamentos - INVIMA funge como Autoridad Sanitaria Nacional • El Instituto Nacional de salud cumple funciones de Vigilancia y Control en Salud Pública y Laboratorio de referencia Nacional • Regulación del SGSSS: Comisión de Regulación en salud - CRES • Asesoría: Consejo Nacional de Seguridad social en Salud CNSSS	• Dirigir, coordinar y vigilar el SGSSS en su jurisdicción • Planeación, ejecución, seguimiento y evaluación para el SGSSS según disposiciones del orden nacional • Asistencia técnica a los municipios e IPS • Supervisar y controlar recaudo y aplicación de recursos del SGSSS • Administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud • Vigilar cumplimiento de la normatividad nacional • Sistema integral de información en salud • Promover la participación social • Financiar tribunales seccionales de ética médica y odontológica • Registro especial de prestadores y la vigilancia y control correspondiente	• Planes, programas y proyectos en salud en armonía con políticas y disposiciones del orden nacional y departamental • Administrar los recursos del Fondo Local de Salud • Mecanismos para la adecuada participación social • Implementar sistema integral de información en salud • Identificar a la población pobre y vulnerable

Aseguramiento		• Vigilancia y el control del aseguramiento en el SGSSS • Administrar Régimen Subsidiado en los corregimientos departamentales	• Administrar el Régimen Subsidiado • Promover la afiliación al Régimen Contributivo
Población Pobre No Asegurada (PPNA)		• Financiar (SGP, recursos propios y otros recursos) y administrar: – Prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada en los niveles II y III de complejidad y los servicios de salud mental – [Complementación por subsidio a la oferta al POS-S y al POS-C]	• Financiar (SGP, recursos propios y otros recursos) y administrar – Prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada en el nivel I de complejidad
Prestación de servicios de salud	• Política de Prestación de Servicios de Salud • Regular oferta de servicios red pública • Prestar servicios especializados a través de las ESE nacionales (adscritas al MPS)	• Implementar Política de Prestación de Servicios de Salud • Articular red de IPS públicas en el departamento • Plan bienal de inversiones públicas en salud IPS públicas • Vigilar cumplimiento de normas técnicas para obras civiles de IPS y centros de bienestar de anciano • Atención en salud de personas declaradas por vía judicial inimputables	• Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud

Salud pública	• Definir las prioridades de la Nación y los entes territoriales • Dirigir y coordinar la red nacional de laboratorios de salud pública • Articular Sistema Integral de Información en Salud [Ley 1122 de 2007] • Sistema de Vigilancia y Control en Salud Pública: Instituto Nacional de Salud - INS • Autoridad Sanitaria Nacional ASN (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima): Vigilar acciones de salud pública EAPB y PSS Evaluación de factores de riesgo y expedición de medidas sanitarias de alimentos, materias primas y transporte asociado a estas actividades puertos, aeropuertos y pasos fronterizos (junto al Instituto Colombiano Agropecuario - ICA) • Suministro oportuno de insumos para salud pública [INS]	• Monitoreo y evaluación del estado de salud • Gestión de la salud pública y la formulación de la política local • Adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación • Fortalecer los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud • Servicios de laboratorio de salud pública • Plan de salud pública del ámbito departamental • Monitorear y evaluar planes de salud pública municipales • Articular el Sistema de Vigilancia en Salud Pública • Expendio, comercialización y distribución de medicamentos (en coordinación con Invima y la nación) • Departamentos ejercen en municipios de categorías 4ª 5ª y 6ª: – Inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, y de control de vectores y zoonosis – Vigilancia y control sanitario de la distribución y comercialización de alimentos y de los establecimientos gastronómicos, así como, del transporte asociado	• Plan de salud pública municipal • Coordinación funcional en salud pública de los sectores implicados • Propender por mejorar la situación de salud en el municipio • Vigilar las condiciones ambientales por ruido, tenencia de animales domésticos, basuras y olores, entre otros • Vigilar la calidad del agua para consumo humano la recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos manejo y disposición final de radiaciones ionizantes, excretas, residuos líquidos y aguas servidas y la calidad del aire • Ejercer vigilancia y control sanitario en su jurisdicción, sobre los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgos para la población: educativos, hospitales, cárceles, cuarteles, albergues, guarderías, ancianatos, puertos, aeropuertos y terminales terrestres, transporte público, piscinas, estadios, coliseos, gimnasios, bares, tabernas, supermercados y similares, plazas de mercado, de abasto público y plantas de sacrificio de animales, entre otros • Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9a de 1979 y su reglamentación • Municipios de categorías 1ª 2ª, 3ª y especial: – Inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, y de control de vectores y zoonosis – Vigilancia y control sanitario de la distribución y comercialización de alimentos y de los establecimientos gastronómicos, así como, del transporte asociado

2.6 Sistema de Protección Social –SPS

2.6.1 Manejo Social del Riesgo

En 2000, el Banco Mundial publica el documento de trabajo Nº 0006 sobre protección social denominado "Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá" (Holzmann y Jørgensen), en que se propone una nueva definición y un nuevo marco conceptual para Protección Social.

El concepto replantea las áreas tradicionales de Protección Social (intervención en el mercado laboral, previsión social y redes de protección social) en un marco que incluye tres estrategias para abordar el riesgo (prevención, mitigación y superación de eventos negativos), tres niveles de formalidad de manejo del riesgo (informal, de mercado y público) y varios actores (personas, hogares, comunidades, ONGs, diversos niveles de gobierno y organizaciones internacionales) frente a un contexto de información asimétrica y distintos tipos de riesgo. En esta visión ampliada de Protección Social, se pone énfasis en el doble papel que desempeñan los instrumentos de manejo del riesgo: se protege la subsistencia básica y al mismo tiempo se promueve la disposición a asumir riesgos. Se centra específicamente en los pobres, ya que son los más vulnerables a los riesgos y habitualmente carecen de instrumentos adecuados para manejarlos, lo que les impide involucrarse en actividades más atrevidas, pero a la vez de mayor rentabilidad, que les permitirían salir gradualmente de la pobreza crónica.

Manejo Social de Riesgo

Las formas de manejo del riesgo son por nivel de formalidad: informales, de mercado y proporcionadas o gestionadas por el sector público. Las estrategias de manejo del riesgo son: reducción, mitigación y superación de eventos negativos.

Se llama vulnerabilidad a la probabilidad de ser afectado por un riesgo de cualquier naturaleza y, en este sentido, está vinculada con la capacidad de enfrentarlo. La vulnerabilidad puede originarse en condiciones permanentes -como la ancianidad, la discapacidad o la pobreza estructural- o deberse a condiciones transitorias, como la dependencia durante la niñez, el desplazamiento forzoso o la caída drástica de ingresos por crisis económica. En otros términos, se ha expresado la vulnerabilidad como la baja capacidad de los individuos, grupos, hogares y comunidades para prever, resistir, enfrentar y

recuperarse del impacto de eventos de origen interno o externo, que inciden en la pérdida de activos materiales o inmateriales.

El término Riesgo en este marco conceptual, hace referencia a eventos negativos que amenazan el ingreso y bienestar de los hogares. El término social se refiere a la forma de manejo del riesgo, que se basa ampliamente en intercambios entre personas, y no en la forma del riesgo; es decir, no analiza "riesgos sociales" exclusivamente.

Las amenazas: se refieren a un hecho o a un conjunto de hechos potencialmente dañinos (como son hacinamiento, falta de ventilación, manejo inadecuado del agua, alimentos, basuras, materiales inadecuados de construcción), y el riesgo: es la relación entre la probabilidad de ocurrencia de la amenaza y la capacidad familiar, social e institucional para enfrentar este hecho (como desintegración familiar, apatía comunitaria, ausencia de políticas públicas, desinformación, indiferencia).

Principales fuentes de riesgo:

- Naturales: Terremotos, avalanchas, inundaciones
- Salud: Enfermedades, lesiones, discapacidad
- Ciclo vital: Nacimiento, infancia, ancianidad, muerte
- Sociales: Crímenes, violencia intrafamiliar, ruptura del tejido social, desintegración familiar
- Económicas: Desempleo, desprotección de activos

Cuadro No. 18. Estrategias del Manejo Social de Riesgo (MSR)

Estrategia	Definición	Ejemplos
Reducir el riesgo:	Gestión macroeconómica: manejo monetario, regulaciones (reformas) y políticas de desarrollo institucional)	Definición de políticas: salud pública, educación, capacitación..., políticas y estándares laborales, intervenciones para reducir el trabajo infantil, políticas de invalidez...

Estrategia	Definición	Ejemplos
Mitigar el riesgo:	Tiene como objetivo anticiparse a una nueva perturbación económica y su impacto una vez se presente.	Subsidio al empleo y desempleo, fondos de cesantía, subsidios para nutrición y asistencia escolar y microcrédito, sistema general de pensiones, sistema de riesgos profesionales.
Enfrentar el riesgo:	Se aplica después de la perturbación para ocuparse de los impactos no cubiertos por la estrategia de mitigación.	Para que el efecto de una crisis no dificulte la reducción de la pobreza en el largo plazo (por ejemplo: que los niños no abandonen la escuela, no presenten problemas de desnutrición irreversibles)

Fuente: Banco Mundial. Documento de posición "Manejo Social del Riesgo [MSR]: Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá"

La familia está unida por lazos consanguíneos y el hogar lo conforma el conjunto de personas que viven bajo un mismo techo y la forma como cada uno se comporte o actúe va a influir en el resto de sus miembros. Los padres de familia y demás figuras de autoridad contribuyen al fomento de la autoestima y al fortalecimiento de principios y valores para vivir en sociedad. En la familia se transmiten las costumbres, valores y en general la cultura. Las familias tienden a establecer estrategias de subsistencia y a desarrollar redes de apoyo cuando se presentan necesidades y carencias económicas. En la relación, padre, madre, hijos e hijas, se experimentan las vivencias afectivas indispensables para el desarrollo psicosocial de las personas.

Antecedentes del SPS

Los períodos de evolución de la política social en América Latina según Alejandro Gaviria (DNP, 2002): fueron: Énfasis en subsidios a la clase media urbana en expansión (1950 a 1980); desmonte de subsidios y política social subordinada a la realidad fiscal (años ochenta); construcción de redes de protección social focalizadas (años noventa); y, en el siglo actual, énfasis en creación de oportunidades para los más pobres a través de redes de protección social concebidos como programas generadores de oportunidades.

Entre los antecedentes de la implementación del SPS están la recesión económica (desempleo, pérdida económica), el incremento de la violencia social y política (maltrato, homicidios, desplazamiento) y la necesidad articular los programas existentes y establecer unos nuevos de asistencia social. Según el gobierno los principales problemas de la asistencia social eran que estaba dispersa, y hasta la creación del MPS no tenía jerarquía ministerial, en los antiguos ministerios no había algo como la actual dirección de promoción social, la asistencia no estaba articulada con la seguridad social, había oferta amplia de programas y no muy articulada, la focalización era deficiente y la evaluación de la asistencia social era incipiente. Además, en relación a la articulación al mercado laboral, los mecanismos de protección laboral no estaban desarrollados y los trabajadores informales no disponían de mecanismos claros de protección.

Los cambios estructurales incluida la globalización, tienen múltiples efectos, como son, el aumento de oportunidades, mayor volatilidad de las economías (y del ingreso de la gente) y nuevas formas de trabajos independientes y alta rotación. Según el modelo, existen riesgos que exponen a la población a pérdida de empleo, ingreso y bienestar, grupos más vulnerables a la pérdida de bienestar y desprotección de capital humano y activos reales y crisis económicas cada vez más largas y agudas que amplían la población vulnerable (menor PIB produce mayor vulnerabilidad). La crisis recesiva tiene impacto negativo en la población y los más pobres son los más afectados en términos de mayor pérdida de ingresos y bienestar, así como en reducción de inversiones en capital humano. En el país, la crisis se concentró en las zonas urbanas.

Entonces se hizo evidente la necesidad de diseñar un sistema social de riesgo e impulsar una red de apoyo social (Conpes 3144 de 2001 “Creación del sistema social de riesgo y fondo de protección social” y 3187 de 2002).

Sistema de Protección Social - SPS

El Sistema de Protección Social SPS consiste en intervenciones públicas para asistir a las personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo del riesgo (Manejo Social del Riesgo-MSR) y proporcionar apoyo a quienes se encuentran en la extrema pobreza.

El sistema de protección social se fundamenta en la participación del estado, la sociedad civil y el sector privado en las medidas públicas. Integra las medidas informales (arraigadas en la cultura) y de mercado (contratos) que erigen barreras de protección social. No todo es provisión pública de servicios y seguros. La intervención estatal abre oportunidades para que los hogares, comunidades e instituciones de mercado aumenten su capacidad para manejar los riesgos. Presta especial

atención a los soportes adicionales que requieren quienes se encuentran en situación crítica (vulnerabilidad).

Cuadro No. 19. Clasificador de programas sociales del Ministerio de la Protección Social

	Mercado laboral	Salud	Asistencia social
Prevención	Capacitación	Promoción y prevención	Nutrición y bienestar familiar
Mitigación	Seguro de desempleo	Seguro universal (POS)	Subsidios
Superación	Re-enganche	Tratamiento y curación	Mejoramiento calidad de vida

Desde el enfoque del manejo social del riesgo MSR, la intervención pública se concentra en abrir oportunidades para que los actores privados (hogares, comunidades, instituciones de mercado, entre otros) aumenten su capacidad para manejar los riesgos; prestando especial atención a los soportes adicionales que requieren quienes se encuentran en situación crítica (vulnerabilidad). Los actores en el manejo del riesgo van desde individuos, hogares, comunidades, ONG, instituciones de mercado y los gobiernos hasta organizaciones internacionales y la comunidad mundial.

2.6.2 Sistema de Protección Social en Colombia

El marco legal del SPS ha sido establecido por la Ley 789 de 2001 "por la cual se crea el Sistema de Protección Social" En su Capítulo I "Definición sistema de Protección Social" que establece que "El sistema de protección social se constituye como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos. Para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo".

Se establece en esta norma que "en salud, los programas están enfocados a permitir que los colombianos puedan acceder en condiciones de calidad y oportunidad, a los servicios básicos" y que "el sistema debe crear las condiciones para que los trabajadores puedan asumir las nuevas formas

de trabajo, organización y jornada laboral y simultáneamente se socialicen los riesgos que implican los cambios económicos y sociales".

El decreto 205 de 2003 "por el cual se determinan los objetivos y las funciones del Ministerio de la Protección Social" establece que "el Ministerio de la Protección Social tendrá como objetivos primordiales la formulación, adopción, dirección, coordinación, ejecución, control y seguimiento del Sistema de la Protección Social (…). Las políticas públicas del Sistema de la Protección Social se concretan mediante la identificación e implementación, de ser necesario, de estrategias de reducción, mitigación y superación de los riesgos que puedan provenir de fuentes naturales y ambientales, sociales, económicas y relacionadas con el mercado de trabajo, ciclo vital y la salud, en el marco de las competencias asignadas al Ministerio.

"El Sistema de la Protección Social integra en su operación el conjunto de obligaciones; instituciones públicas, privadas y mixtas; normas; procedimientos y recursos públicos y privados destinados a prevenir, mitigar y superar los riesgos que afectan la calidad de vida de la población e incorpora el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, el Sistema General de Seguridad Social Integral y los específicamente asignados al Ministerio".

Los dos pilares del SPS en Colombia

El objetivo del Ministerio de la Protección Social es la formulación, adopción, dirección, coordinación, ejecución, control y seguimiento del Sistema de Protección Social. Las políticas públicas se concretan mediante la implementación de estrategias de reducción, mitigación y superación de los riesgos (Decreto 205 de 2003)

Las áreas de intervención de la protección social son: previsión social (en relación con el mercado laboral) y asistencia social (redes de protección social). Los principales componentes del SPS son entonces el Sistema de Seguridad Social Integral - SSSI (Sistema General de Pensiones SGP, Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS y Sistema General de Riesgos Profesionales SGRP) y la asistencia social.

Gráfico No 14. Modelo de Protección Social en Colombia

Fuente: Ministerio de la Protección Social

La diferencia entre los dos componentes es que el SSSI está financiado por contribuciones y se basa en el principio de aseguramiento mientras que la asistencia social está definida como beneficios monetarios financiados por el estado. Además, el objetivo del SSSI es asistir a los individuos a manejar el riesgo en mejor forma y el objetivo del componente de asistencia social es evitar pérdida de capital humano y no poner en peligro capacidades futuras para generar ingresos.

El punto de partida para integrar estas acciones está en que salud y trabajo siempre estuvieron juntos, unidos bajo el concepto de aseguramiento (frente a riesgos de enfermedad, vejez y desempleo) y tienen como común denominador la pérdida de ingresos. Ahora bien, el contrato de trabajo tiene como ventajas que ante ingresos estables, predecibles y observables da al trabajador seguridades y garantías, pero si el ingreso es excesivamente inflexible, puede ser contraproducente, además, no todos los trabajadores tienen contrato de trabajo.

Las Instituciones que conforman el SPS en Colombia son: Ministerio De Protección Social y sus entidades adscritas y vinculadas como ICBF, INS, SENA, ISS, INVIMA, ETESA, Caprecom, Supersalud y Supersubsidio; y con sus fondos especiales (Fondo de Protección Social, Fondos de Pensiones y el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA); además están las Cajas de Compensación Familiar CCF, la sociedad civil y los gobiernos departamentales y municipales.

El SPS funciona con los recursos de aportes del presupuesto nacional, el Sistema General de Participaciones SGP, recursos de inversión de las entidades, fondos especiales, rentas parafiscales, recursos propios y otros recursos.

Aseguramiento en el SPS: SSSI

El SSSI provee un mínimo nivel de vida a aquellos que están insuficientemente dotados de capital humano y físico para enfrentar el mercado.

En cuanto a la articulación al mercado laboral, los mecanismos de protección laboral no estaban desarrollados anteriormente y los trabajadores informales no disponían de mecanismos claros de protección. La Ley 789 crea los primeros mecanismos de protección para desempleados subsidio al desempleo, recursos para capacitación, extensión de beneficios de las CCF, se abren más espacios para informales la posibilidad de afiliarse a cajas de compensación más la posibilidad de afiliarse a riesgos profesionales y la obligatoriedad de cotizar para pensiones.

Sobre el financiamiento, el gobierno ha argumentado que no es insuficiente, sino que está desbalanceado a favor de las pensiones; al respecto se ha avanzado en la promulgación de la Ley 797 de 2003, la Ley 860 de 2003 y el acto legislativo 001 de 2005, pero los efectos son marginales, dado que las pensiones ya están causadas. Para mejorar el flujo de recursos se cuenta con el registro único de afiliación a la seguridad social, mejores condiciones de movilidad entre regímenes del SGSSS.

El mercado laboral es un área de intervención del SPS y es articulador entre los dos pilares, comprende acciones dirigidas a incrementar la capacidad de inserción al mercado de trabajo, formación para el trabajo, generación de empleo, protección al desempleado y regulación.

Asistencia social en el SPS

La asistencia social está dirigida a la población vulnerable, niños sin familia, pobres crónicos, ancianos no pensionados, discapacitados, desplazados.

Oferta Asistencial del nivel central e instituciones a cargo:

- Niñez (ICBF): hogares comunitarios, infantiles y FAMI, clubes prejuveniles y juveniles, asistencia nutricional, asistencia al menor en abandono, hogares sustitutos, instituciones de protección
- Subsidio familiar (CCF)
- Atención al adulto mayor (ICBF y MPS)
- Familias en acción - transferencias condicionadas (acción social)
- Familias guardabosques (acción social)

- Red de seguridad alimentaria (acción social)
- Atención integral a la población desplazada (acción social)
- Atención a víctimas de la violencia (acción social)

La oferta asistencial de los entes territoriales estaba dispersa, y hasta la creación del MPS no tenía jerarquía ministerial, ni estaba articulada con la seguridad social, había una oferta amplia de programas, no muy articulada, focalización deficiente y evaluación de la asistencia social incipiente.

Promoción social del MPS

El ministerio de la protección social, nacido en este marco, tiene varias direcciones a cargo de la protección social.

La dirección general de promoción social se encarga de la preparación de políticas y programas dirigidos a grupos de alta vulnerabilidad a riesgos de carácter estructural o coyuntural, el establecimiento de criterios, requisitos y estándares de intervención para quienes desarrollen actividades de protección social, la definición de criterios para la focalización y construcción de indicadores de vulnerabilidad, fortalecer mecanismos y acciones de política para la consolidación de redes de protección social, coordinación interterritorial, nacional e internacional para optimizar recursos destinados a prevenir, mitigar y superar los riesgos y la definición de criterios para la focalización y construcción de indicadores de vulnerabilidad.

Dentro de esta dirección, el grupo de apoyo familiar especial está a cargo de la formulación de políticas y estrategias centradas en apoyo a la familia para prevenir, mitigar y superar los riesgos; identificación de criterios de vulnerabilidad; definición de estándares de calidad; y coordinación interinstitucional para la prevención de la violencia intrafamiliar. El grupo infancia y familia se ocupa de la coordinación para formulación y reformulación de políticas con población infantil en situación de riesgo (abandono, maltrato, negligencia, explotación y abuso sexual, discapacidad) y la política de seguridad alimentaria. El grupo de discapacidad y adulto mayor atención a la discapacidad es la coordinación interinstitucional para la formulación e implementación de la política de atención a la discapacidad, apoyo de los bancos de ayudas técnicas, rehabilitación con base comunitaria, atención al adulto mayor, elaboración participativa de la política pública de envejecimiento y vejez y apoyo al programa de protección del adulto mayor (PPSAM). El grupo de equidad y género está a cargo de la transversalización de la perspectiva de género en las políticas públicas, política de atención integral a comunidades indígenas, grupos afrocolombianos y población ROM, modelos de

atención en salud para la atención a grupos étnicos y zonas dispersas y la reglamentación de la Ley 691 de 2001. Todos los grupos están a cargo de la asistencia técnica a departamentos, distritos y municipios para el fortalecimiento de los programas de promoción social, seguimiento y evaluación de los programas a su cargo y participación en formulación de política y estrategias para atención a poblaciones vulneradas y vulnerables.

Entre las funciones asignadas a las direcciones territoriales están las de coordinar y participar con los organismos planificadores de los órdenes departamental, municipal y regional en la adopción de planes, programas y proyectos que beneficien a las poblaciones vulneradas y vulnerables así como programas y proyectos de trabajo y empleo, protección y desarrollo de la familia y la sociedad y formación del talento humano. La armonización territorial se logra coordinando y participando con los organismos planificadores de los órdenes departamental y municipal, manteniendo una comunicación fluida y desarrollando un trabajo en equipo liderado conjuntamente por la dirección territorial del ministerio de la protección social y la primera autoridad del departamento o municipio. Algunos comités y consejos a cargo son las direcciones seccionales y locales de salud ocupacional, y las que se ocupan de prevención de la drogadicción, erradicación del trabajo infantil y protección al joven trabajador, la de prestaciones sociales del magisterio, el consejo departamental de empleo, el consejo regional del SENA, los consejos seccional y municipal de seguridad social de salud, la subcomisión de concertación de políticas laborales y salariales y la implementación de la política pública para atención a la discapacidad.

2.7 Plan Nacional de Desarrollo

El Plan Nacional de Desarrollo que es aprobado para cada periodo gubernamental y es una hoja de ruta de las políticas de gobierno para su periodo, por lo que su contenido es de suma importancia para cada sector.

El Plan Nacional de Desarrollo está reglamentado por la Constitución Nacional, principalmente en sus artículos 339, 341 y 346.

Apartes del texto constitucional (subrayado sobrepuesto):

"El Plan Nacional de Desarrollo está conformado por una parte general y un plan de inversiones de las entidades públicas del orden nacional. En la parte general se señalarán los propósitos y objetivos nacionales de largo plazo, las metas y prioridades de la acción estatal a mediano plazo y las estrategias y orientaciones generales de la política económica, social y ambiental que serán adoptadas por el gobierno. El plan de inversiones públicas contendrá los presupuestos plurianuales de los principales programas y proyectos de inversión pública nacional y la especificación de los recursos financieros requeridos para su ejecución.

Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 - Estado Comunitario: Desarrollo para todos

Se extractan literalmente algunos apartados relevantes que sirven como orientación sobre el desarrollo del sector salud en los próximos años:

El objetivo principal del Sistema de Protección Social en Colombia es efectiva articulación de:

i.	Seguridad social integral	• Salud • Riesgos profesionales • Protección al cesante
ii.	Sistema de promoción social – Sistema social de riesgo	
iii.	Sistema de formación de capital humano	• Sector educativo • Formación para el trabajo

Una de las condiciones necesarias para disminuir los niveles de pobreza y desigualdad es garantizar el funcionamiento adecuado de los mecanismos de aseguramiento, reduciendo la vulnerabilidad de

la población y creando las herramientas para que los grupos rezagados superen las condiciones adversas que enfrentan. En ese sentido, las estrategias de universalización del aseguramiento en salud son:

- Universalización del régimen subsidiado para la población SISBEN 1 y 2 (71% al 100%; 23 millones de personas)
- Implementación de subsidios parciales a la cotización del régimen subsidiado o contributivo para la población en transición (nivel 3 del SISBEN)
- Incremento de la afiliación al régimen contributivo (formalización del empleo) y actualización del plan de beneficios

Lo cual implica:

- Reducir la evasión y elusión de aportes al régimen contributivo:
    - Planilla integrada de aportes
    - Interoperabilidad de los sistemas y registros de información de aportantes (RUA), afiliados (RUAF) y el SISBEN
- Adecuado flujo de recursos y el saneamiento de la cartera de PSS siguiendo lineamientos del CONPES)

En salud pública las metas globales son:

- Disminuir la mortalidad infantil de 19 a 16,5 (por cada 1.000 nacidos vivos) y materna (de 83,3 a 63 por 1000 nacidos vivos).
- Aumentar la cobertura en vacunación del 87,3% al 95%.
- Incremento de la prevalencia del uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa
- Reducción de la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino
- Mantenimiento de la cobertura de atención institucional del parto
- Aumento de la cobertura de terapia antirretroviral
- Detención del crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo

- Reducción de la desnutrición global o crónica en niños menores de 5 años
- Reducción de muertes por malaria o dengue
- Reducción de la incidencia en municipios con malaria urbana
- Mantenimiento de la prevalencia general de infección por VIH por debajo del 1,2%
- Reducción de los índices de infestación por Aedes en los municipios categoría especial 1 y 2, por encima de 1.800 metros sobre el nivel del mar, por ser los que más problemas presentan
- Acceso a métodos modernos de planificación, dando prioridad a la población adolescente
- Entidades territoriales y las entidades promotoras de salud, deben concurrir en la gestión de la salud pública orientando sus acciones y programas al logro de las metas prioritarias en salud pública, definidas por el Ministerio de la Protección Social y al control de los riesgos en salud de la población a su cargo

El fortalecimiento del Sistema de Información de la Protección Social – SISPRO, implica a su vez:

- Mejoramiento de la vigilancia en salud pública
- Monitoreo, evaluación y ajuste de la UPC y el comportamiento financiero de los agentes
- Actualización de los planes de beneficios y el reconocimiento de los servicios no incluidos en éstos
- Los agentes del SGSSS, deben diligenciar, recolectar, procesar, usar y enviar al ministerio de la protección social, los registros individuales de la prestación de servicios (RIPS) en los términos y condiciones que éste defina
- Su envío es obligatorio y constituirá un criterio de permanencia en el sistema y un indicador de gestión.

En la oferta pública de aseguramiento y prestaciones de servicios, es necesaria la transformación de las condiciones de gobernabilidad y autonomía que hoy la rigen. Su transformación debe contemplar la introducción de esquemas de participación privada, que les permitan evolucionar hacia empresas de economía mixta sin ánimo de lucro o de carácter solidario, manteniendo la participación del Estado. Se debe introducir incentivos para la adecuada y eficiente gestión de estas empresas y ajustes al régimen jurídico que las rige, a saber: la organización y composición de sus organismos

de dirección y de gerencia; la evaluación de la gestión de los gerentes, condicionando su permanencia a los resultados pactados con el nominador y la adecuada definición de los incentivos laborales por productividad y calidad.

Se debe tener en cuenta que la operación eficiente de las IPS Públicas será una premisa fundamental y este principio, también, se aplicará a aquellas IPS públicas donde las condiciones del mercado no permiten su supervivencia a partir de la venta de servicios a los diferentes pagadores. Para lograr una mayor eficiencia de los recursos se fortalecerá la gestión de las entidades territoriales en el manejo de la Red de Prestadores Públicos, garantizando el acceso, calidad, eficiencia y sostenibilidad financiera de las instituciones públicas y de la Red.

Las entidades territoriales y las entidades promotoras de salud, deben concurrir en la gestión de la salud pública orientando sus acciones y programas al logro de las metas prioritarias en salud pública, definidas por el Ministerio de la Protección Social y al control de los riesgos en salud de la población a su cargo.

Se requiere que el Ministerio de la Protección Social desarrolle un esquema de monitoreo que permita conocer los resultados en la implementación y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad a través de indicadores, así como un sistema de certificación, recertificación y registro único nacional para el mejoramiento del talento humano en salud.

Las regalías como una fuente importante de financiación para el desarrollo territorial, se orientarán según principios de transparencia, eficiencia, impacto, equidad y sostenibilidad (…) a la satisfacción de las necesidades básicas insatisfechas y la atención y sostenibilidad de las coberturas en agua potable, alcantarillado, saneamiento básico, educación, salud y mortalidad infantil.

Planes de Gestión Gerentes Empresas Sociales del Estado: Las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado deben definir un Plan de Gestión para ser ejecutado por su gerente durante el período para el cual fue designado. El plan de gestión contendrá, como mínimo, las metas e indicadores de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera de la institución, la calidad en la prestación de los servicios de salud, y los niveles de eficiencia. La Junta Directiva realizará evaluaciones al menos una vez por semestre para verificar el cumplimiento de los objetivos, metas e indicadores allí propuestos y recomendar ajustes. En caso de incumplimiento de lo previsto en el inciso anterior, la Junta Directiva deberá solicitar al nominador, y con carácter obligatorio para éste, la remoción del gerente aun sin terminar su período.

Organización de Redes: Con el fin de mejorar la prestación de los servicios de salud, las entidades territoriales que no han consolidado los procesos de organización de redes para el logro de los

propósitos señalados en el artículo 54 de la Ley 715 de 2001 y para garantizar la sostenibilidad financiera de las instituciones públicas y de la red, tendrán un plazo máximo de un año, a partir de la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, para viabilizar y adoptar el plan de organización de la red de prestadores de servicios de salud, previo concepto favorable del Ministerio de la Protección Social y del Departamento Nacional de Planeación. Para tal efecto, las instituciones financieras podrán conceder créditos a las entidades territoriales y a las Empresas Sociales del Estado, en condiciones favorables, las cuales se mantendrán siempre y cuando las beneficiarias cumplan con los indicadores del Plan de Organización de la Red de Prestación del Servicio de Salud, según evaluaciones que se efectuarán por lo menos cada (6) seis meses.

3. REGULACIÓN DEL SGSSS

3.1 Plan Obligatorio de Salud POS[42]

No cabe duda que el más relevante elemento modulador del SGSSS es la unificación de un plan de beneficios para todos los afiliados, el Plan Obligatorio de Salud - POS (y consecuentemente el diseño de un ajuste de riesgo, la Unidad de Pago por Capitación - UPC), pues han sido estos componentes los que, a diferencia de los sistemas de aseguramiento privado, brindan más equilibrio entre los actores al disminuir la incertidumbre de los actores menos fuertes y modulan el abuso de posición dominante.

3.1.1 Contenidos del POS

El capítulo III de la Ley 100 de 1993 (artículos 162 y ss.) trata acerca de los regímenes de beneficios del SGSSS y dicta que el Plan Obligatorio de Salud POS debe permitir la protección integral de las familias (cotizantes y beneficiarios del SGSSS) a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan. Sus contenidos debían ser definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS pero a partir de 2008 lo hará la Comisión de Regulación en Salud CRES según dispone la Ley 1122 de 2007.

Según el decreto 806 de 1998, que reglamenta la afiliación al régimen contributivo, el Plan Obligatorio de Salud – POS, es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto y que están obligadas a garantizar a sus afiliados las EPS-C y EAS. Sus contenidos son definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS, de Acuerdo a lo prescrito

[42] Lo referente a Nuevo POS se publicará en posteriores versiones de la obra, cuando se hayan estudiado los nuevos contenidos según Acuerdo 003 de 2009 de la CRES

por la Ley 100 de 1993, pero actualmente lo hace la Comisión de Regulación en Salud CRES según Ley 1122 de 2007, e incluye educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, en los diferentes niveles de complejidad así como el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica.

En la nomenclatura empleada en la Ley 100 de 1993 la expresión Plan Obligatorio de Salud del régimen Contributivo POS-C equivale a Plan Obligatorio de Salud - POS por excelencia, la meta superior que da alcance al principio base de integralidad (amparo de todas las contingencias que afectan las condiciones de salud de la población). Así, el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Subsidiado POS-S es un estado transitorio entretanto se igualan los dos planes de beneficios o –ideal trunco de la Ley 100- entretanto el régimen contributivo alcanza la cobertura universal de la población. Sin embargo en este libro se hará referencia genérica al POS que puede ser POS-C o POS-S.

El POS-C

El Acuerdo 008 de 1994 establece el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo POS-C, sujeto a las condiciones financieras del Sistema y a la economía del país para garantizar la concordancia entre el costo de las actividades incluidas en el Plan con su respectiva disponibilidad de recursos, a la vez que ordena al entonces Ministerio de Salud la expedición de un Manual con miras a unificar criterios en la prestación de servicios de salud como garantía de acceso, calidad y eficiencia. Con este fundamento se promulga la Resolución 5261 de 1994 "Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud", proverbialmente llamada MAPIPOS.

Cuadro No. 20. El MAPIPOS (Resumen)

1. **Nivel I de complejidad**
   a. Salud pública de intervenciones individuales y familiares
      (acciones intra y extramurales de promoción, prevención y control: protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública)
   b. Atención ambulatoria menor complejidad
      (consulta médica general, urgencias, atención odontológica, laboratorio clínico, radiología,

medicamentos esenciales, atención quirúrgica)

c. Atención hospitalaria menor complejidad
(atención obstétrica, atención no quirúrgica u obstétrica, laboratorio clínico, radiología, medicamentos esenciales, valoración diagnóstica y manejo médico, atención quirúrgica)

2. **Nivel II de complejidad**

a. Atención ambulatoria especializada
(optometría, oftalmología, obstetricia, pediatría, ortopedia)

b. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
(radiología, otros medios diagnósticos, otros procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos); Cirugía (colecistectomía, apendicectomía, histerectomía, ortopedia, catarata, estrabismo, hernias)

c. Atención hospitalaria mediana complejidad

3. **Nivel III de complejidad**

a. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
(laboratorio clínico, imaginología, exámenes especiales, otros procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos)

b. Atención hospitalaria alta complejidad

4. **Nivel IV de complejidad**

Patologías de tipo catastrófico

Observaciones:

- Están excluidas de manera explícita en el MAPIPOS las actividades, procedimientos e intervenciones que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y aquellos que expresamente se definan por el CNSSS (actualmente la CRES).
- Todas las EPS deben contar con un sistema de referencia y contrarreferencia para garantizar el acceso a los servicios de alta complejidad.

El decreto 806 de 1998 (que deroga expresamente al decreto 1938 de 1994), reglamenta el plan de beneficios en el SGSSS de Acuerdo con las recomendaciones del Acuerdo 008 de 1994, según el cual, el Plan Obligatorio de Salud del régimen Contributivo – POS-C, es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto y que están obligadas a garantizar a sus afiliados las Empresas Promotoras de Salud del régimen Contributivo EPS-C y Empresas Adaptadas de Salud EAS.

El Acuerdo 228 de 2002 del CNSSS establece y actualiza el Manual de Medicamentos y Terapéutica del SGSSS (válido para ambos regímenes), que había sido inicialmente fijado en el derogado Acuerdo 83 de 1997.

Manual de Medicamentos y terapéutica

Se entiende por medicamento genérico aquel que utiliza la denominación común internacional DCI (nombre recomendado por la OMS para cada medicamento). La utilización de nombres genéricos en la prescripción de medicamentos es obligatoria en el SGSSS.

Se entiende por medicamento esencial aquel que reúne características de ser el más costo-efectivo en el tratamiento de una enfermedad, en razón de su eficacia y seguridad farmacológica, por dar una respuesta más favorable a los problemas de mayor relevancia en el perfil de morbi-mortalidad de una comunidad y porque su costo se ajusta a las condiciones de la economía del país. Se entiende por medicamento esencial alternativo aquel cuyo uso estará sujeto a condiciones de hipersensibilidad del paciente, de resistencia a un medicamento esencial o cuando por razones sanitarias, de riesgo o conveniencia para la salud pública se lo defina.

Se establecen cinco Listados de medicamentos: (i) para Programas Especiales, (ii) para el manejo de patologías crónicas, (iii) los de uso predominantemente ambulatorio, (iv) los de uso en pacientes sometidos a internación y (v) los medicamentos esenciales alternativos.

La Comisión de Regulación en Salud establecida en la Ley 1122 de 2007, será la responsable de definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos del POS.

Ahora bien, el POS también incluye las actividades de salud pública de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, establecidas en el cuerpo normativo dado por el Acuerdo 117 de 1998 (con el conjunto de Normas Técnicas y Guías de Atención adoptadas) y la Resolución 412 del 2000, teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 3384 de 2000.

El POS-C

El régimen contributivo incluye, finalmente, dos tipos de prestaciones: económicas y asistenciales.

Las prestaciones asistenciales son las que brinda el POS-C a todos los afiliados (cotizantes y beneficiarios) y pueden ser entendidas como la sumatoria de los contenidos de:

i. Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud MAPIPOS (Resolución 5261 de 1994);
ii. Manual de Medicamentos y terapéutica (Acuerdo CNSSS 228 de 2002)
iii. Actividades de salud pública de intervenciones individuales y familiares (Acuerdo 117 de 1998 y su cuerpo reglamentario)

Además los cotizantes del régimen contributivo reciben las siguientes prestaciones económicas, de Acuerdo a lo dispuesto en los artículos 167, 206 y 207 de la Ley 100 de 1993, el Decreto 806 de 1998 y los Decretos 1486 de 1999 y 047 de 2000 modificados por Decreto 783 de 2000:

- Subsidio por incapacidad temporal por enfermedad general o accidente, de origen no profesional.
- Subsidio por licencia de maternidad

Los pensionados cotizantes reciben únicamente las prestaciones asistenciales.

Recuérdese también que el Sistema General de Riesgos Profesionales SGRP (Libro III de la Ley 100 de 1993 y Decreto-Ley 1295 de 1994 sobre Sistema General de Riesgos Profesionales) complementa al POS cubriendo los riesgos y prestaciones (asistenciales y económicas) derivados de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional – ATEP, incluyendo entre las económicas la incapacidad temporal o permanente parcial, pensión por invalidez o de sobrevivientes y auxilio funerario.

POS-S

Ahora bien, el contenido del POS-C contempla un conjunto de beneficios superior al del POS-S, especialmente en actividades de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del segundo nivel de complejidad (tratamientos quirúrgicos y hospitalarios generales). Esta diferencia es definida por como transitoria pues se prescribe que debe igualarse progresivamente el POS-S al POS-C (Ley 100 de 1993 y Ley 1122 de 2007). Entretanto, la población del régimen subsidiado solicita los servicios no contemplados en el POS-S a través de la red pública y financiada por el departamento (complementación de servicios con cargo a recursos de subsidio a la oferta).

El POS-S está compuesto entonces por:

i. Actividades, Intervenciones y Procedimientos según Acuerdo CNSSS 306 de 2005 (Es un listado parcial extractado del MAPIPOS con menos actividades de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del segundo nivel de complejidad, así como menos tratamientos quirúrgicos y hospitalarios generales),
ii. Manual de Medicamentos y Terapéutica,
iii. Actividades de salud pública de intervenciones individuales y familiares.

Los dos últimos componentes son idénticos al POS-C.

Los beneficiarios del régimen subsidiado no reciben prestaciones económicas.

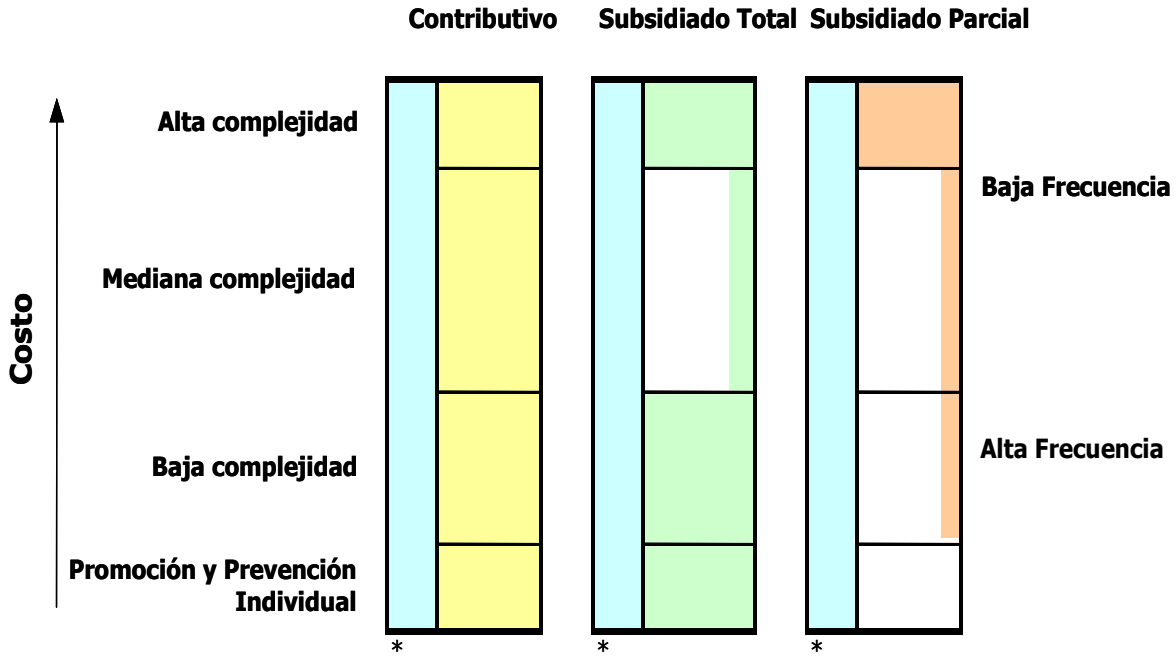
El POS-S- parcial

A partir de la célebre experiencia de Pasto (Acuerdo 233 de 2002), que se plantea un poco arbitrariamente como exitosa, se expiden los acuerdos 267 y 269 de 2004 sobre subsidios parciales. La cobertura de este subsidio son las enfermedades de alto costo; ortopedia, traumatología y rehabilitación física; atención integral a la gestante y los medicamentos requeridos para estas actividades, además de atención integral al menor de 1 año. La UPC-S parcial es variable según el municipio (39.5% a 42% de la UPC-S plena) que FOSYGA financia en un 40% ó 50% (según la categoría del municipio) y la otra parte de la financiación está a cargo del municipio y el departamento en la proporción que entre ellos acuerden, con recursos de ampliación de cobertura y subsidio a la oferta. Una UPC-S completa equivale a 2,6 cupos parciales en promedio: El aumento de la cobertura va ligado al desmedro de la integralidad del plan de beneficios, fenómeno típico de la economía de la salud.

Según lo prescrito en la Ley 1122 de 2007, la ampliación de cobertura con subsidios parciales a nivel municipal se hará una vez se haya logrado una cobertura del 90% al régimen subsidiado de los niveles I y II del SISBEN y se aplicará únicamente para personas clasificadas en el nivel III del SISBEN. También están pendientes de reglamentar los mecanismos e incentivos para promover que la población del nivel III del SISBEN pueda, mediante los aportes complementarios al subsidio parcial, afiliarse al régimen contributivo o recibir los beneficios plenos del régimen subsidiado, como se intentó fallidamente en el Acuerdo 190 de 2001.

A propósito de ello, es del caso recordar que el Programa de Apoyo a la Reforma en Salud PARS en su estudio sobre “Lineamientos para la implantación de subsidios parciales en Colombia” (mayo 2002) había concluido que era poco recomendable la cofinanciación del aporte mensual por parte de los afiliados para la “población sánduche” (principalmente trabajadores informales que no son considerados pobres y vulnerables según la encuesta SISBEN) porque la experiencia internacional mostraba de manera coherente que el recaudo de la contribución que le corresponde a este segmento poblacional no es factible (problema de valoración social del aseguramiento), excepto en los casos en que el usuario hace selección adversa (fallo de mercado de aseguramiento que en Colombia es confundido con la selección de riesgos y el descreme de mercado). La selección adversa es una maniobra del usuario que implica que sólo contratan los servicios del seguro aquellos clientes más riesgosos, autoexcluyéndose quienes posean riesgos menores, como ya ha venido ocurriendo, de hecho.

Gráfico No 15. Cobertura de POS de los regímenes contributivo y subsidiado (total y parcial). Fuente: Acuerdos CNSSS.



* Cubrimiento integral del embarazo, parto y puerperio y del menor de un año

Fuente: Diseño CGR – DES Social

Exclusiones y limitaciones del POS

Están excluidas de manera explícita en el MAPIPOS las actividades, procedimientos e intervenciones que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y aquellos que expresamente se definan por el CNSSS (actualmente la CRES), incluyendo los que se describen a continuación:

- Cirugía estética, tratamiento para varices o tratamientos nutricionales con fines estéticos.
- Tratamientos para la infertilidad.
- Tratamientos, medicamentos o sustancias experimentales o no reconocidos por las asociaciones médico científicas a nivel mundial.

- Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
- Medias elásticas de soporte, corsés, fajas, plantillas, zapatos ortopédicos, sillas de ruedas, lentes de contacto.
- Trasplante de órganos. No se excluyen aquellos como el trasplante renal, de medula ósea, de córnea y el de corazón, con estricta sujeción a las condiciones de elegibilidad y demás requisitos establecidos en las respectivas Guías Integrales de Atención.
- Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada. No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad, y sólo durante la fase inicial (tres días); tampoco se excluyen las terapias grupales.
- Actividades, procedimientos e intervenciones para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinonamatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación. Podrá brindarse soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor, la incomodidad y la disfuncionalidad o terapia de mantenimiento. Todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados en las respectivas Guías Integrales de Atención.
- Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquellos necesarios estrictamente para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas.
- Prótesis, ortodoncia y tratamiento periodontal en la atención odontológica.
- Actividades, intervenciones y procedimientos no expresamente consideradas
- Medicamentos o sustancias que no se encuentren expresamente autorizadas en el Manual de Medicamentos y Terapéutica.

Los lentes se suministrarán una vez cada cinco años en los adultos y en los niños una vez cada año, siempre por prescripción médica y para defectos que disminuyan la agudeza visual.

Al respecto es del caso aclarar que el artículo 98 del Decreto 266 de 2000, declarado inexequible por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-1316 de 2000, anotaba que la reclamación de las prestaciones de POS se prestarían en el territorio nacional o en el exterior siempre que la atención en el país no fuera posible.

Actualizaciones al POS

Según Ley 100 de 1993, los servicios de salud incluidos en el POS son actualizados de Acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

Varios acuerdos del CNSSS actualizan y aclaran el POS, tanto en lo referente al Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud - MAPIPOS como al Manual de Medicamentos y terapéutica:

- El Acuerdo 226 de 2002 incluye en el POS el uso de Acelerador Lineal para teleterapia con fotones
- El Acuerdo 232 de 2002 contempla el análisis por parte del Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología, acerca de la eficacia, la efectividad clínica y la seguridad de uso del medicamento o procedimiento, revisando entre otros los estudios clínicos, económicos (costo efectividad, costo beneficio, costo utilidad y costo oportunidad) y bibliografía en general y el costo o ahorro que el medicamento o servicio tiene en la UPC
- El Acuerdo 236 de 2002, modifica la concentración del medicamento Factor Antihemofílico Complejo del Factor IX (para hemofilia)
- Los acuerdos 254 y 259 de 2003, incluyen en el POS-C la prueba de ayuda diagnóstica de laboratorio Carga Viral y la prótesis endovascular Stent Coronario Convencional, no recubierto, por cuanto generan la mayor proporción de recobros al FOSYGA
- El Acuerdo 263 de 2004, acatando un fallo del Consejo de Estado, incluye el Acido Zoledrónico (para oncología) en el POS, para usar según guías que elabore el Instituto Nacional de Cancerología adoptadas por el Ministerio de la Protección Social También se resuelve "Establecer un sistema de vigilancia epidemiológica con notificación obligatoria de tipo pasivo de los aspectos clínicos, farmacológicos y económicos que permita hacer un seguimiento al impacto económico y de salud de la inclusión de este medicamento en el POS"
- Los acuerdos 267 y 269 de 2004 reglamentan los subsidios parciales en el Régimen Subsidiado[43]

[43] Véase sección 9.3.3 "Plan de beneficios del régimen subsidiado" (página 480)

- El Acuerdo 282 de 2004 adiciona al POS: Trasplante hepático; Examen de carga viral para los pacientes de VIH/SIDA; Procedimientos de colposcopia y biopsia consecuentes con la detección temprana de cáncer de cuello uterino; el dispositivo stent intracoronario no recubierto y su inserción; y 11 nuevos medicamentos dentro del manual respectivo En esta ocasión, se hace un reconocimiento sobre el valor de la UPC por el incremento del POS
- El Acuerdo 289 de 2005 aclara la cobertura de servicios en el POS de ambos regímenes, estableciendo que están incluidas las actividades de cirugía plástica, maxilofacial y de otras especialidades siempre que tengan fines reconstructivos funcionales (cirugías reparadoras de seno, tratamiento para paladar hendido y labio figurado, tratamiento para gran quemado)
- El Acuerdo 302 de 2005 incluye en el POS de ambos regímenes la cobertura de las mallas de polipropileno no recubiertas, usadas en los procedimientos de herniorrafia o hernioplastia
- El Acuerdo 313 de 2005 incluye en el POS de ambos regímenes la Colecistectomía por vía laparoscópica
- El Acuerdo 306 de 2005 aclara, precisa y compila los contenidos del POS-S en los esquemas de subsidios plenos y de subsidios parciales
- El Acuerdo 322 de 2006 estableció que dentro de los primeros cuatro meses de 2006, el Ministerio de la Protección Social, presentaría una propuesta de ajuste de los Planes Obligatorios de Salud
- El Acuerdo 336 de 2006 “Por el cual se actualiza parcialmente el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, se incluyen otras prestaciones en los Planes de Beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se modifica el valor de la UPC para el 2006 y se dictan otras disposiciones”, adiciona 8 medicamentos para ser prescritos de Acuerdo con las guías de práctica clínica de Enfermedad Renal Crónica - ERC y VIH /SIDA; la Fórmula Láctea para suministrar a los lactantes hijos de madres VIH (+); la prueba de Genotipificación para el VIH; 3 nuevos medicamentos para oncología y otros 8 medicamentos para diversas aplicaciones
- El Acuerdo 350 de 2006 incluye en el POS de ambos regímenes la atención para la interrupción voluntaria del embarazo - IVE de Acuerdo a la sentencia de la Corte Constitucional C-355/06, el Decreto 4444 de 2006 que reglamenta la atención para IVE como parte de las acciones de la salud sexual y reproductiva y la Resolución 4905 de 2006 que adoptó la norma técnica sobre IVE

- El Acuerdo 356 de 2007 incluye en el POS-S, la vasectomía o esterilización masculina, como método definitivo de planificación familiar (no genera pagos compartidos por ser "P. y P."). No hay incremento de la UPC-S
- El Acuerdo 368 de 2007 incluye el Lopinavir/Ritonavir 200/50 mg tabletas (sin excluir la concentración y forma farmacéutica existente) para el tratamiento del VIH-SIDA
- El Acuerdo 380 de 2007 incluye "medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado". No hay incremento de la UPC.
- El Acuerdo 395 de 2008 incluye servicios ambulatorios especializados en el POS-S para Diabetes Mellitus Tipo II e Hipertensión Arterial en los adultos de 45 años o más, con el fin de promover acciones de manejo temprano de la Enfermedad Renal Crónica, y ajusta la UPC-S para 2008 de modo que se financien estas actividades

3.1.2 Enfermedades de alto costo

Tratamiento para enfermedades ruinosas o catastróficas

Se definen en el MAPIPOS como aquellos tratamientos utilizados en el manejo de enfermedades ruinosas o catastróficas las que se caracterizan por un bajo costo- efectividad en la modificación del pronóstico y representan un alto costo. Se incluyen los siguientes:

- Diálisis para insuficiencia renal crónica, trasplante renal, de corazón, de medula ósea y de cornea
- Tratamiento para el SIDA y sus complicaciones
- Tratamiento con radioterapia y quimioterapia para el cáncer
- Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central
- Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénitas
- Tratamiento médico quirúrgico para el trauma mayor
- Terapia en unidad de cuidados intensivos

- Reemplazos articulares

En ambos regímenes estos eventos están excluidos del pago de copagos o cuotas moderadoras. Pero por otro lado las enfermedades ruinosas o catastróficas son atendidas bajo un esquema diferencial ya que en el régimen subsidiado se ofrece una cobertura plena desde el momento mismo de afiliación mientras que en el régimen contributivo se obliga al cumplimiento de un "periodo mínimo de cotización".

Por su parte, la Corte Constitucional mediante Sentencia C-112-98 de 1998 establece que "ante situaciones de urgencia no es posible oponer períodos mínimos de cotización pues su exigencia violaría los derechos a la salud y a la vida de las personas que, padeciendo de una enfermedad que requiere tratamiento de "alto costo", necesiten de atención médica y hospitalaria en forma inmediata. Los períodos de espera en esas situaciones constituyen un riesgo para la salud y ponen en peligro la vida de los usuarios."

Según Nieto Enciso (2005), en el SGSSS, se evidencian fenómenos de concentración y/o selección de riesgos entre EAPB, siendo los eventos de alto costo los que mayor efecto pueden generar sobre la viabilidad financiera y la calidad en la prestación de servicios de algunas aseguradoras.

Desviación del perfil epidemiológico

Según el mismo autor, es en este contexto que, en diciembre de 2001, se reconoció por parte del CNSSS la desviación del perfil epidemiológico para patologías de alto costo (Acuerdo 217 de 2001), iniciando a partir de allí el diseño de una serie de mecanismos encaminados a generar la redistribución de riesgos, en cumplimiento del marco legal vigente que establece "…corresponde al CNSSS definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa de usuarios por parte de las Entidades Promotoras de Salud y una distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo" (Ley 100 de 1993, articulo 172, numeral 9). Así, en enero de 2003, el CNSSS estableció una política de atención integral de patologías de alto costo (Acuerdo 245 de 2003) que incluyo cuatro componentes: Implementación de mecanismos de redistribución del riesgo, control de la selección del riesgo, ajustes al modelo de atención y procedimientos de vigilancia epidemiológica para eventos de cuarto nivel.

Según Chicaza, en los estudios de ministerio de salud en 2002 se tiene que el 64% del costo total por enfermedades catastróficas fue por diálisis y hemodiálisis y el ISS atendió el 77% de pacientes de enfermedad renal crónica ERC. Por medio de los acuerdos 217 y 227 de 2002 se recopiló

información de los pacientes de alto costo atendidos por las EPS y EAPB para determinar el valor de la UPC que se debía distribuir en función de la desviación. El Acuerdo 245 de 2003 muestra que las enfermedades con mayor impacto financiero en esta desviación son el SIDA y la IRC, planteando una redistribución por una sola vez. La resolución 3186 de 2006 ordena trasladar 2368 pacientes del ISS a otras EPS-C (la resolución 2093 reconoce que no hay suficiente información para actuar sobre las EPS-S). Esta redistribución se inició en enero de 2003 mediante los acuerdos 242 y 252 de 2003 que ordenan redistribuir algo más de $60 mil millones de las EPS con menor concentración de alto costo (encabezado de lejos por Saludcoop, seguido de Coomeva y Salud Total) hacia las que presentaban mayor concentración (ISS y otras EPS-C públicas y EAPB principalmente), con la finalidad de atenuar la inequidad financiera.

Anualmente y hasta el Acuerdo 388 de 2008 han venido estableciendo los Coeficientes de Alto Costo de Insuficiencia Renal Crónica para cada una de las EPS, siguiendo la línea del Acuerdo 295 de 2005.

La Ley 972 de 2005, más bien inocua en sus efectos, adopta normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas (garantizar el suministro de los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos autorizados para el diagnóstico y tratamiento), especialmente el VIH/Sida.

Reaseguro del alto costo

De Acuerdo con el decreto 050 de 2003, las EPS deben reasegurar los riesgos derivados de la atención de las enfermedades calificadas por el CNSSS como de alto costo. Constituye desviación del riesgo la previsión de cobertura frente a excesos de pago que representen más del 120% del gasto promedio de la enfermedad dentro de las estadísticas institucionales.

Por otra parte, siguiendo con Nieto, dentro del esquema de aseguramiento en salud, la normatividad obliga a que los Administradores de planes de beneficios tomen un “reaseguro” con el propósito de cubrir las posibles desviaciones en el costo de los eventos presentados. Aunque existen diversos modelos de reaseguros, en principio en todos los esquemas se mantiene la figura del pago de “Primas” con coberturas delimitadas y esquemas diferenciales para aplicación de deducibles, mediante la cual las EPS transfieren parte del riesgo al reasegurador. Los efectos financieros y la decisión de optar por uno u otro de los esquemas de deducibles dependen de la siniestralidad presentada frente a modelos probabilísticos predeterminados.

Cuenta de alto costo

El artículo 19 de la Ley 1122 de 2007 plantea que para la atención de enfermedades de alto costo las EPS contratarán el reaseguro o responderán, directa o colectivamente por dicho riesgo. Reglamentándola, el Decreto 2699 de 2007 estipula la creación de una nueva cuenta de alto costo que será administrada por las EPS para, según el Ministerio de la Protección Social - MPS, reducir el efecto de la selección de riesgo para las patologías de alto costo, hacer control social haciendo pública información sobre frecuencias y costos de las patologías y que se cumplan los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a cargo de las aseguradoras, mediante incentivos económicos y de prestigio. La cuenta de alto costo, que comenzará su funcionamiento el 1 de enero de 2008 y manejará alrededor de $1 billón al año, no generará gastos superiores para el FOSYGA sino que en su administración concurrirán todas las EPS.

Así mismo, el Decreto 2699 establece que el Ministerio de la Protección escogerá las patologías o enfermedades cuyos recursos ingresarán a la cuenta de alto costo, pero en el primer año sólo se ocupará de los pacientes con insuficiencia renal. A la cuenta todas las EPS tanto las 25 del régimen contributivo como las 40 del subsidiado, deberán realizar aportes diferenciales de lo que el FOSYGA les gira por prima por cada afiliado, según el mecanismo que establezcan el MPS y el Ministerio de Hacienda y se le girará a cada EPS dependiendo del número de pacientes que atienda con esas enfermedades. Como hoy uno de los que mayor cantidad de afiliados con insuficiencia renal tiene es el ISS EPS-C (o la Nueva EPS que atenderá sus usuarios en adelante), recibiría más recursos para atender el cuidado de esos pacientes.

La Resolución 2565 de 2007 del MPS define la enfermedad ruinosa y catastrófica (alto costo) Enfermedad Renal Crónica. La Resolución 3215 de 2007, a su vez, establece los mecanismos de cálculo, que deberán aplicar las EPS y EAS para definir los montos de aporte y distribución de los recursos de la subcuenta, que en la cuenta de alto costo, administrará financieramente los recursos destinados al cubrimiento de la atención de la Enfermedad Renal Crónica definida. El costo medio por grupo etáreo será calculado sobre la información del período comprendido entre el mes de julio del año anterior y el mes de junio del año en que se realizan los cálculos (indexando el resultado con la variación proyectada del IPC) y para ello las EPS y EOC deben reportar la información epidemiológica y de costos definida.

El Decreto 3974 de 2007 regula una provisión en relación con enfermedades de alto costo para el traslado de usuarios entre EPS.

3.1.3 El POS "plus": Comités técnico-científicos y tutelas

El Plan Obligatorio de Salud - POS es la obligación formal a la cual está limitada una Empresa Promotora de Salud - EPS. Al respecto, la Superintendencia Nacional de Salud, ha manifestado en varios conceptos que –como lo reconoce la jurisprudencia al respecto- la prestación de los servicios de salud por parte de las EPS no puede salirse del POS (conceptos jurídicos 8008-1-160131 de Agosto 24 de 2005, 8024-1-137216 de Septiembre 28 de 2006, 8008-1-167144 de Marzo 16 de 2006 y 9001-1-135152), pero si se trata de la protección del derecho fundamental a la vida, el caso de la usual interposición de una acción de tutela, las EPS deben prestar la asistencia y podrán repetir contra el Estado y recobrar a la subcuenta de FOSYGA según el régimen del usuario que reclama: compensación para el régimen contributivo y solidaridad para el régimen subsidiado. El asunto es, entonces, si el medicamento, tratamiento o procedimiento es indispensable para la vida del paciente, de tal suerte que desatenderlo sería vulnerar un derecho fundamental consagrado en la Carta Política.

Otra cosa muy distinta es que el servicio requerido y no prestado esté contemplado en el POS, porque ahí sí la tutela va contra la EPS quien debe pagarla, que queda de paso en deuda social grave, por no prestar aquellos beneficios a que está comprometido.

Una figura intermedia de posterior consolidación en el sistema es el comité técnico científico, creado para analizar la autorización del suministro de medicamentos por fuera del listado del manual de medicamentos y terapéutica.

Acción de Tutela en la salud[44]

La salud es un derecho fundamental que le asiste a todo ser humano como en distintas sentencias lo ha reconocido la Corte Constitucional.

> *"El derecho a la salud conforma en su naturaleza jurídica un conjunto de elementos que pueden agruparse en dos grandes bloques: el primero, que lo identifica como un predicado inmediato del derecho a la vida, de manera que atentar contra la salud de las personas*

[44] Véase antes el capítulo 2.1 "La constitución Política de Colombia y la salud" (página 50)

equivale a atentar contra su propia vida. El segundo bloque de elementos sitúa el derecho a la salud con carácter asistencial ubicado en las referencias funcionales del denominado Estado Social de Derecho".[45]

Según Arbeláez Rudas[46]:

"Dentro del sistema jurídico colombiano, la realización del servicio público de la seguridad social y el derecho a la salud tienen como sustento un amplio sistema normativo integrado tanto por los artículos 44, 48, 49 y 50 de la Constitución como por otra serie de preceptos constitucionales tales como el artículo 11 –que consagra el derecho a la vida-, el artículo 13 inciso tercero –según el cual el Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta- y el artículo 366 –en el cual se señalan el bienestar general, el mejoramiento de la calidad de vida de la población y la solución de las necesidades insatisfechas de salud, entre otras, como finalidades sociales del Estado-, entre otros, y por el conjunto de reglas infraconstitucionales que los desarrollan"

Considerada como un compromiso internacional (artículo 18 Declaración Americana de Derechos y deberes del Hombre), la tutela es un mecanismo consagrado en el Articulo 86 de la Constitución Nacional mediante la cual toda persona puede reclamar ante los jueces la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando estos resultan vulnerables o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública o de los particulares en los casos establecidos en la ley.

Vélez[47] (2005) explica cómo a partir de la Constitución de 1991 se consagran en Colombia mecanismos de protección de derechos fundamentales de carácter más expedito, como es el caso de la acción de tutela, creada para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública. La tutela se

---

[45] Corte Constitucional (República de Colombia). Sentencia T-484 de 1999

[46] Arbeláez Rudas, Mónica, "Diez años de protección constitucional del derecho a la salud: La jurisprudencia de la Corte Constitucional Colombiana (1991-2001)". (2002). En: http://www.cajpe.org.pe/RIJ/bases/juris-nac/arbelaez.pdf (Consultado: octubre de 2008)

[47] Vélez, Alba Lucía, MSP. "La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alterno para acceder a servicios de salud?" Revista Colombia Médica 2005; 36: 199-208. ISSN 1657 9534

aplica cuando se amenaza un derecho fundamental ya sea por parte de la autoridad pública o particular y puede utilizarse como mecanismo transitorio para evitar un daño irremediable sobre las personas. La interposición del derecho de tutela se caracteriza porque no requiere de abogado, el juez no puede tardar más de 10 días en decidir la solicitud, dentro de los 3 días siguientes al fallo se puede impugnar por el demandante o el demandado y el cumplimiento del fallo es inmediato y obligatorio. Si los demandados incumplen la decisión del juez o no ejecutan en el tiempo indicado, se puede acudir ante el mismo juez para presentar un incidente de desacato.

La acción de tutela es entonces[48]:

- Subsidiaria: Sólo aplicable cundo no existe otro medio de defensa judicial.
- Inmediata: Su propósito es entregar una respuesta rápida a la protección que se solicita.
- Sencilla: No tiene ninguna dificultad para su aplicación.
- Específica: Es única para la protección de los derechos fundamentales
- Eficaz: Exige que el juez estudie a fondo el caso antes de dar un veredicto

La tutela en salud es reglamentada por los decretos 2591 de 1991, 306 de 1992 y 1382 de 2000 que tratan de la protección del derecho a la salud bajo los lineamientos de la Ley 100 de 1993 y su normatividad.[49]

Información sobre tutelas en salud

Riaño Barón en el documento "Tutelas y seguridad social posibles causas y consecuencias" (mayo 2005) de la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social - OISS, reporta que en Colombia se presentan en promedio 50.000 a 60.000 tutelas en un año, o sea que cada 4 ó 5 minutos se instaura una tutela. El 80% de las tutelas se radican contra instituciones públicas y más del 75% afectan el régimen de prestación de servicios, 18% al régimen de pensiones y 7% al régimen de riesgos profesionales. El 25% del total de tutelas invocan el derecho a la salud y el 71% de éstas se sustenta

[48] Vélez, AL. Op. Cit.

[49] Otros datos adicionales de importancia se han relacionado en el Anexo Nº 1: "Información sobre tutelas en salud" y el Anexo Nº 2: "Recobros a FOSYGA"

en la violación del derecho a la atención por la no prestación de servicios contenidos en el POS. El 30% de las acciones de tutela en salud son por asuntos cubiertos por el POS, 60% para reclamar actividades no-POS y el 10 % es de pacientes que no cumplen con los periodos mínimos de cotización. El 80% de las tutelas instauradas son concedidas en la primera instancia, más del 70% de ellas son confirmadas por la Corte Constitucional y el 15% son impugnadas y tramitadas en segunda instancia.

Según Gómez E., Un estudio realizado por la Defensoría del Pueblo revisó las 145.360 tutelas relacionadas con salud, presentadas a la Corte entre 1999 y 2002. Del total de esas demandas, el organismo tomó una muestra de 2.710 para establecer aspectos como causas de las tutelas, exigencias en cotizaciones mínimas y si los fallos correspondían a servicios contemplados por el POS. Según los hallazgos, un 95% de los casos los afiliados cumplían con las semanas mínimas de cotización. La negación de los exámenes por parte de las aseguradoras es la principal causa de tutela (20%). La segunda causa es la a aprobar cirugías (17%) como las cardiovasculares, de oftalmología, ortopedia y traumatología. La tercera es la reclamación por tratamientos especialmente para enfermedades de alto costo. El 36,4% de las demandas fueron presentadas en Antioquia, seguidas del Valle y Bogotá y las EPS más afectadas por las tutelas fueron las públicas (90%).

Sobre las tutelas, Supersalud (2007) precisó que, después de analizar las cifra, aproximadamente un 20% de las que llegan son por el régimen subsidiado, el 78% por el régimen contributivo, el otro 2% por los entes territoriales de salud. De ese 20%, el 70% sea por no suministro de medicamentos POS. Y advierte que, la comparación de los dos regímenes puede obedecer a factores tales como desconocimiento de las obligaciones de las EPS del régimen subsidiado y de los derechos de los usuarios o que, quizás, no exijan de la misma forma por no ser aportantes.

El Revolcón Constitucional al Comité Técnico-Científico CTC

El artículo 188 de la Ley 100 de 1993 sobre garantía de atención a los usuarios, subrogado por el artículo 121 del Decreto extraordinario 2150 de 1995 reza que:

> *"Las IPS no podrán discriminar en su atención a los usuarios. Cuando ocurran hechos de naturaleza asistencial que presuntamente afecten al afiliado respecto de la adecuada prestación de los servicios del SGSSS, éstos podrán solicitar reclamación ante el Comité técnico - científico integrado por la EPS a la cual esté afiliado, integrado de la siguiente forma: un representante de la EPS, un representante de la IPS y, un representante del*

afiliado, quien podrá concurrir directamente. Si persiste la inconformidad, ésta será dirimida por un representante de la Dirección Municipal de Salud"

La Ley 1122 de 2007 a su vez anota que (subrayado fuera del original):

"En aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el plan de beneficios del régimen contributivo, las EPS llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el FOSYGA (…)".

La Sentencia C-463 de mayo 14 de 2008, en respuesta a la Demanda de inconstitucionalidad parcial contra el literal j del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 interpuesta por un ciudadano a los apartes subrayados decide "*declarar EXEQUIBLE el literal j) del artículo 14 de la Ley 1222 de 2007*". Pero en el apartado de la Sentencia sobre "*necesidad de **condicionamiento** del aparte del literal j) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, con el cual se ha realizado integración normativa*", en que se destacan estos apartes:

"*se impone a las EPS [… que …] no puede limitarse a los usuarios que requieran los medicamentos para enfermedades de alto costo ni a los afiliados y beneficiarios del régimen contributivo, pues no se encuentra justificación para ese trato distinto a usuarios que están en la misma situación frente al goce efectivo de su derecho a la salud, de manera que tal y como se encuentra redactada la norma resulta vulneratoria de los artículos 48 y 49 de la Constitución Nacional*" por lo que "*el reembolso a que son obligadas las EPS objeto de un fallo de tutela, también se aplica respecto de todos los medicamentos y servicios médicos ordenados por el médico tratante no incluidos en el plan de beneficios de cualquiera de los regímenes legales de seguridad social en salud vigentes*"

O sea, sí, es exequible, pero no.

Y para rematar, en lo referente al final del inciso que se reseñó atrás se aclara que:

"*En el caso de que las EPS no estudien oportunamente los requerimientos del médico tratante para los usuarios del Régimen Contributivo respecto de servicios excluidos del POS y sean obligados a su prestación mediante acción de tutela, la sanción que impone la disposición demandada a las EPS es que los costos de dicha prestación serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el FOSYGA. En el caso del Régimen Subsidiado ésta*

disposición deberá entenderse en el sentido de que los costos de la prestación ordenada vía de tutela serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y las entidades territoriales, de conformidad con las disposiciones pertinentes de la Ley 715 del 2001".

En dialecto proverbial, como la norma quedó incompleta en su alcance la Corte la declara exequible y le da una manito al legislador: Primero: No son sólo medicamentos, es cualquier componente del tratamiento el que debe brindar la EPS. Segundo: No es sólo para el régimen contributivo, es para cualquiera de los dos regímenes el mismo derecho. Tercero: No es sólo para patologías de alto costo, es para cualquier contingencia en salud. Cuarto: Si la EPS (de cualquier régimen) no estudia bien y oportunamente el caso llevado a tutela, le toca pagar la mitad del tratamiento y la otra mitad la paga FOSYGA si es del régimen contributivo o el departamento si es del régimen subsidiado.

Respecto a este último punto, es del caso aclarar que se sigue frente a un brete jurídico irresoluble: La Ley 1122 pretendía con su discurso contener el uso de la tutela privilegiando el uso del Comité Técnico Científico para las prestaciones No-POS. Pero es la misma jurisprudencia la que ha dado al traste con este propósito cuando enuncia que "ni las Entidades Promotoras de Salud ni los jueces de tutela pueden negar a los usuarios el suministro de medicamentos argumentando que estos no han agotado todo el procedimiento por no haber presentado solicitud de autorización al Comité Técnico Científico", doctrina que se halla en las Sentencias T-322/05, T-1331/05, T-1271/05 y T-1249/05. Mejor dicho, Tutela mata Ley.

Los comités técnico-científicos CTC están reglamentados actualmente por los las Resoluciones 2933 de 2006 y 3099 de 2008. Esta última fue promulgada a partir del mencionado fallo de la Corte Constitucional.

En estos actos administrativos consta que los CTC deberán analizar las solicitudes de los médicos tratantes de medicamentos No-POS en los casos en que se hayan utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del POS sin respuesta clínica satisfactoria, reacciones adversas o indicaciones expresas siempre y cuando exista un riesgo inminente para la vida y salud. El monto a reconocer y pagar por recobro de medicamentos es -con excepciones- la diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el medicamento incluido en el POS, que corresponda al mismo grupo terapéutico que se reemplaza o sustituye, descontando el valor de la cuota moderadora o copago.

La prescripción sólo puede ser hecha por los médicos de la EPS. El CTC deberá decidir sobre la petición dentro de la semana siguiente a la presentación; los tratamientos ambulatorios se prescribirán hasta por tres meses, máximo un año, en ningún caso por tiempo indefinido,

garantizando el suministro del medicamento con recobro del 50% a FOSYGA. En caso de urgencia manifiesta, el médico podrá decidir sobre el medicamento a utilizar.

Recobros a FOSYGA

Los pagos por fallos de tutela deben ceñirse a lo previsto en el Código Contencioso Administrativo, en particular el artículo 176. El pago de recobros por medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, deberá efectuarse teniendo en cuenta las disposiciones contenidas en los Acuerdos No. 228, 236, 263 y 282 del CNSSS, Decreto 1281 de 2002 (artículos 13 y 14) y Resolución 2933 de 2006 del MPS.

Para las tutelas deben anexarse los formularios "radicación de solicitudes de recobros", "relación de solicitudes de recobro" y "solicitud de recobro por concepto de prestaciones ordenadas por fallos de tutela", además de la copia del fallo de tutela, la factura de compraventa y la certificación de semanas cotizadas. En los casos de CTC se presentan: "Solicitud de Recobro Por Concepto de Medicamentos no-POS-CTC", sustentación del médico tratante, copia de acta del comité médico científico, constancia de recibido por el paciente, listado de precios vigente y certificado integrantes del CTC ante Supersalud.

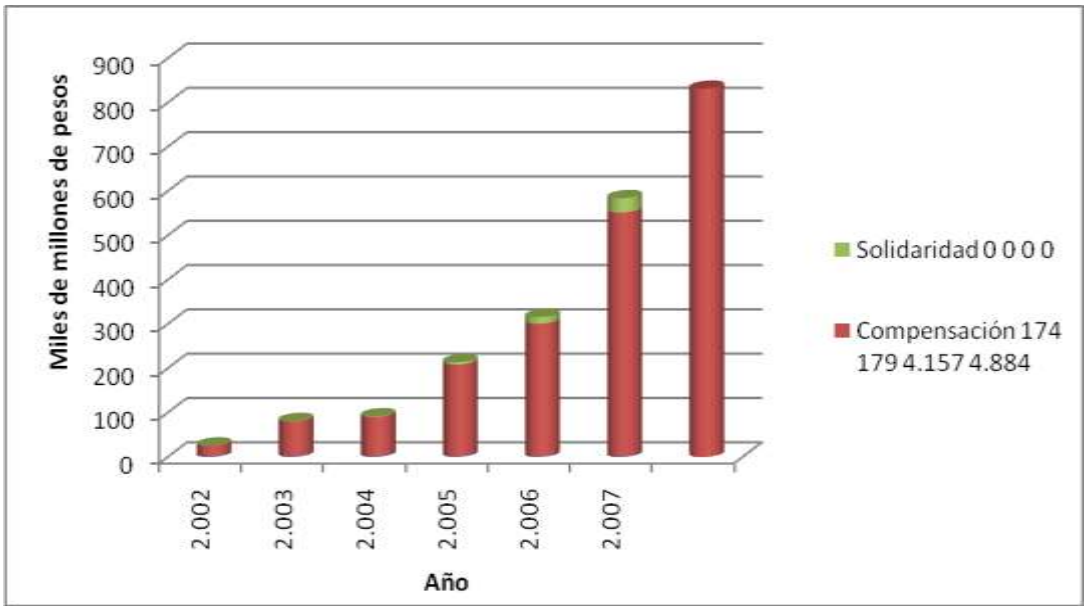
Los plazos para presentar la solicitud son de 6 meses; para que FOSYGA estudie la solicitud e informe su resultado son 2 meses y para hacer el pago luego de aprobada la solicitud otros 2 meses.

Las solicitudes podrán ser rechazadas (tutela sin recobro y ya pagada), devueltas (si faltan datos o documentos, hay 2 meses para volverla a presentar o aprobadas con condición (pago a valor diferente). El valor sobre el que se paga el recobro es el precio de compra al proveedor.

En el régimen contributivo los valores adeudados no pueden deducirse de la compensación y en el régimen subsidiado las EPS-S no pueden hacer cruce de cuentas con FOSYGA.

El artículo 11 de la Ley 1122 de 2007 dictamina que "En aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el POS-C, las EPS llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el FOSYGA (…) Cuando el FOSYGA haga el reconocimiento, el pago se hará sobre la base de las tarifas mínimas definidas por la Comisión de Regulación en Salud".

Gráfico No 16. Ejecución del Rubro Otros Eventos y Fallos de Tutela FOSYGA 1998-2007



Fuente: Informes Ministerio de la Protección Social al Congreso de la República 2001-2002, 2002-2003, 2003-2004, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008. Valor de 2008 estimado de Acuerdo a proyección, partiendo del periodo enero-agosto; no hay datos para régimen subsidiado

3.2 Unidad de Pago por Capitación UPC

Para hacer ajuste de riesgo, el SGSSS ha establecido el mecanismo de la Unidad de Pago por Capitación. Es así que la Ley 100 de 1993 anota que el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA "reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud [EPS-C] un valor *per 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 - CNSSS, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de [la Protección Social]" (artículo 186). Actualmente, la definición del monto de la UPC corre a cargo de la Comisión de Regulación en Salud CRES por disposición de la Ley 1122 de 2007.

En el régimen contributivo, la UPC-C sirve para el proceso de compensación. En el régimen subsidiado la UPC-S sirve de ajuste de riesgo tanto como de prima, siendo equivalente al subsidio a la oferta que reconoce el estado al asegurador por cada beneficiario.

Determinación de la UPC

El valor de la UPC-S debería equivaler, según la Ley 100 de 1993 y su reglamentación inicial, a un 50% del valor de la UPC –C y aumentar en su misma medida. Pero por otro lado existía el mandato legal de acercar progresivamente el POS-S al POS-C y naturalmente eso requiere ajustes progresivos en las UPC: Actualmente la UPC-S es poco más del 56% de la UPC-C.

El Acuerdo 007 de 1994 del CNSSS, adopta el perfil de la capitación para el SGSSS y calcula el monto y la estructura poblacional de la unidad de pago por capitación.

El Acuerdo 015 de 1995, fija algunos criterios y recomendaciones como el incremento de la UPC-S con el propósito de alcanzar la integralidad en la cobertura de servicios para la población más pobre y vulnerable del país, de Acuerdo con la viabilidad financiera aprobada por el Ministerio de Hacienda y el incremento de los beneficios cubiertos por el POS-S.

Según la reglamentación vigente, la UPC incluye además del plan de beneficios definido (POS), los reaseguros por riesgos de enfermedades de alto costo y los costos administrativos. Dentro del POS se incluyen las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad según lo reglamentado, pero no existe un porcentaje específico destinado a este fin, pues aunque el Acuerdo

33 de 1996 preveía un 10%, el Acuerdo 117 de 2001 revoca la medida y apunta a metas en vez de porcentajes.

Monto anual de la UPC

El CNSSS fijó el monto de la UPC desde el Acuerdo 007 de 1994 en que se determinó que la UPC-C estaría sujeta a una estructura de costo de Acuerdo a grupo etáreo y para la edad fértil considerando también el género para el caso de las personas en edad fértil (15 a 44 años, obviamente mucho mayor para mujeres que para hombres).

Los Acuerdos 403 y 404 de 2009 fijan el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para 2009, así:

Es importante anotar que en los más recientes incrementos anuales a la UPC –que toman normativamente como base el incremento de la inflación, o sea, el Índice de Precios al Consumidor IPC según el DANE- ha venido ocurriendo que se reconoce un porcentaje superior a la inflación por dos razones: Ajustes por estudios de suficiencia de UPC (relación entre ingresos y gastos por parte de las aseguradoras) y por ingresos de nuevos procedimientos y actividades al POS de ambos regímenes[50].

Ajustes a la UPC

En cumplimiento del artículo 52 de la Ley 812 de 2003 el Ministerio de la Protección Social solicitó, recibió, procesó y analizó la información enviada por las EPS del régimen contributivo y subsidiado, de donde se realizó el "Estudio de Suficiencia Plan Obligatorio de Salud – Unidad de Pago por Capitación 2006". Allí se adelantó, particularmente, una evaluación del equilibrio financiero de las subcuentas de Compensación y de Promoción del FOSYGA.

Lo que parece observarse en este Acuerdo es la tendencia a hacer ajustes sobre la base de que la UPC actual no alcanza a cubrir los servicios amparados por el POS, pero estas correcciones tenderían a ser progresivas, para no afectar el equilibrio financiero del SGSSS.

---

[50] Véanse al respecto las secciones 3.1.1 "Contenidos del POS" (páginas 145 y ss) y 3.1.2 "Enfermedades de alto costo" (páginas 156 y ss)

El caso es que los valores presentados en toda la información en adelante han sido modificados a partir de valores que de hecho han sido cambiantes a lo largo del tiempo.

Los Acuerdos 360 y 374 de 2007; 381 de 2008, ajustan los ponderadores de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado ya que de Acuerdo con el este estudio "los factores que ajustan la incidencia en el gasto en salud en el Régimen Contributivo: edad, sexo y zona geográfica, presentan diferencias con los ponderadores actuales, las cuales resulta necesario corregir (…). Los ponderadores ideales se deberán alcanzar en una senda de transición de 3 años, a través de modificaciones anuales proporcionales" (Acuerdo 381).

El Ministerio de la Protección Social ha realizado también un estudio de gasto por grupo etéreo, en que se concluye que "la disminución en los períodos mínimos de cotización prevista en la Ley 1122 de 2007 ha generado un déficit en la relación UPC-POS, especialmente observado en los [mayores de 45 años]" (Acuerdo 374).

A su vez, el "Estudio de suficiencia y ajuste de riesgo Plan Obligatorio de Salud – Unidad de Pago por Capitación, 2007", encontró que es necesario dar continuidad a la senda de transición definida en el Acuerdo 381 para los ajustes de los ponderadores por grupos de edad y zonas geográficas, definidos para tres años, en el segundo año y es así que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud considera pertinente profundizar los mecanismos de ajuste de riesgo de la UPC, en aquellos grupos donde existe una gran variabilidad del gasto en salud, en particular en el grupo de 45 a 59 años, los mayores de sesenta años y en alguna medida en el grupo entre 15 y 45 años.

Primas especiales sobre las UPC

La prima diferencial para las ciudades que presentan mayor siniestralidad respecto del resto de municipios del país (se parte de que existe mayor acceso, especialmente a los servicios de mayor complejidad) para las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla, que también aplica a los municipios de Soacha; Bello, Itagüí, Envigado, Sabaneta; y Soledad, conurbados con las ciudades de Bogotá, Medellín y Barranquilla, respectivamente (Acuerdo 334 de 2006), se fija en el **4% de la UPC-C** y **5.5% de la UPC-S**. Estos valores eran hasta 2008 del 2,25% de la UPC-C y 2% para la UPC-S (Acuerdo 291 de 2005).

Ahora bien, desde los inicios del SGSSS se encontró que existían regiones del país (departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo,

San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y la región de Urabá, exceptuando las ciudades (capitales) de Arauca, Florencia, Riohacha, Sincelejo, Villavicencio, Yopal y sus respectivas áreas de influencia) en las que la UPC estándar era insuficiente para atender el POS, principalmente en lo referido al transporte especial de pacientes para atención de mayor complejidad, que debería ser por vía aérea. Esta prima adicional fue fijada en un 33% en un principio, pero sucesivamente se ha venido dando una reducción de la prima debido a los análisis de gasto que se han hecho pasando por un 20% durante varios años hasta ser fijada en un 19% para el régimen contributivo y 15% para el régimen subsidiado (Acuerdo 381 de 2008). Actualmente la prima adicional para los, se fija en **15% de la UPC-C** y **10% de la UPC-S**.

Ahora bien, sin entrar a profundizar el tema de subsidios parciales hay que considerar en cuanto a la UPC-S parcial que el Acuerdo 322 CNSSS de 2005, y sucesivamente los subsiguientes acuerdos referentes al tema hasta el Acuerdo 40-3 de 2009, fijó el valor anual del subsidio parcial en el equivalente al 42% de la UPC -S para las ciudades de Bogotá, Cali y Medellín y en 39.5% para los demás municipios. Estos valores implican un 2% más de lo acordado en los acuerdos 267 y 269 de 2004 y 291 de 2005, que habían sentado las bases de los subsidios parciales, obedeciendo a que la siniestralidad de este modelo era mayor de la que inicialmente se creía.

Cuadro No. 21. UPC diferenciales para ambos regímenes

	UPC-C		
	Base	Ciudades 4%	Zona especial 15%
Año	**$467,078.40**	$485,762.40	$537,141.60
Día	$1,297.44	$1,349.34	$1,492.06

	UPC-S plena			UPC-S parcial	
	Base	Ciudades 5,5%	Zona especial 10%	Base 39.5%	Ciudades 42%
Año	**$267,678**	$294,447.60	$282,402.00	$105.732,81	$112.424,76
Día	$743.5	$817.91	$784.45	$293,70	$312,29

Ajuste de riesgo en régimen contributivo por grupo poblacional[51]

El valor de la UPC-C para cada grupo etáreo se calcula multiplicando el valor de la UPC-C por la estructura de costo. Para el caso de la UPC-C especial que se explica más adelante, se hace el incremento porcentual previsto en la reglamentación a cada uno de estos grupos.

Cuadro No. 22. UPC diferenciales para el Régimen Contributivo 2009

Grupo etáreo (o de riesgo)	Estructura de costo (factor)	Valor UPC-C por grupo ($)	UPC diferenciales	
			Especial +15%	Ciudades +4%
Menores de un año	2.4936	$1,164,708.00	$1,339,416.00	$1,211,295.60
De 1 a 4 años	1.0595	$494,870.40	$569,102.40	$514,666.80
De 5 a 14 años	0.4748	$221,767.20	$255,034.80	$230,641.20
De 15 a 18 años (Hombres)	0.4815	$224,899.20	$258,634.80	$233,895.60
De 15 a 18 años (Mujeres)	0.8876	$414,579.60	$476,766.00	$431,161.20
De 19 a 44 años (Hombres)	0.6086	$284,263.20	$326,905.20	$295,635.60
De 19 a 44 años (Mujeres)	1.2022	$561,520.80	$645,750.00	$583,984.80
De 45 a 49 años	1.0326	$482,306.40	$554,652.00	$501,598.80
De 50 a 54 años	1.0825	$505,612.80	$581,454.00	$525,837.60
De 55 a 59 años	1.1469	$535,690.80	$616,046.40	$557,121.60
De 60 a 64 años	2.4589	$1,148,500.80	$1,320,778.80	$1,194,440.40
De 65 a 69 años	2.5567	$1,194,177.60	$1,373,310.00	$1,241,949.60
De 70 a 74 años	2.6699	$1,247,054.40	$1,434,114.00	$1,296,936.00
De 75 años y mayores	2.8655	$1,338,411.60	$1,539,180.00	$1,391,950.80

[51] Véase de manera concurrente la sección 5.1.1 "Subcuenta de compensación" del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) (página 259)

El primer componente solidario que se observa en la UPC-C es que el aporte tiene de alguna manera una relación inversamente proporcional con la estructura de costo, es decir, los grupos que puede presumirse que tienen más capacidad de aportar (como hombres en edad reproductiva), son los que menos contabilizan en la UPC por grupo de riesgo, mientras que los grupos que no aportan y son más vulnerables (recién nacidos y adultos mayores, por ejemplo), tienen una representación más alta en la estructura de costo.

Ahora bien, en la mecánica del proceso de compensación hay que tener en cuenta dos datos que se cruzan: Lo recaudado y las UPC-S que corresponden a la EPS-C de Acuerdo a la población afiliada, que es lo que le corresponde como ingreso operacional en sus estados de pérdidas y ganancias. En lo relacionado con la distribución del recaudo entre las diferentes subcuentas de FOSYGA, se deduce antes de compensar un porcentaje para solidaridad y otro para promoción de la salud, y se maneja una provisión para incapacidades.

Cuadro No. 23. UPC-C que debe aportarse por cada cotizante dependiente (2009)

Grupo etáreo	Estructura de costo	Base		Ciudades		Zona especial	
		Año	Mes	Año	Mes	Año	Mes
Hasta 14 años	1,00	467.078,40	38.923,20	485.761,54	40.480,13	537.141,60	44.761,80
De 15 a 44 años (hombres)	3,00	1.401.235,20	116.769,60	1.457.284,61	121.440,38	1.611.424,80	134.285,40
De 15 a 44 años (mujeres)	2,02	943.498,37	78.624,86	981.238,30	81.769,86	1.085.026,03	90.418,84
De 45 a 59 años	1,85	864.095,04	72.007,92	898.658,84	74.888,24	993.711,96	82.809,33
Mayores de 60 años	1,00	467.078,40	38.923,20	485.761,54	40.480,13	537.141,60	44.761,80

Obsérvese que el comportamiento de la UPC-C de los cotizantes dependientes es inverso a la estructura de costo vista en el cuadro anterior. O sea que no se le asigna un valor de UPC a esta población de Acuerdo a su vulnerabilidad sino, todo lo contrario, de Acuerdo a su posibilidad de aportar al sistema: aportan más los que hipotéticamente pueden recibir ingresos, según el grupo de riesgo. Este es el segundo componente de solidaridad de la UPC-C.

Adicionalmente, la subcuenta de promoción de la salud de FOSYGA reconoce un valor a las Entidades Promotoras de Salud para el desarrollo de actividades de Promoción y Prevención, durante el año 2009 por una la suma anual de $18,374.40 ($51,04 por día). Recuérdese que se reconoce un 0.3% del Ingreso Base de Cotización para la Subcuenta de Promoción y Prevención[52] (sic) del Fondo de Solidaridad y Garantía[53].

[52] De acuerdo con lo establecido en el artículo 218 de la Ley 100 de 1993, el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) consta de cuatro subcuentas, una de ellas denominada explícitamente de "promoción de la salud". No existe ningún soporte normativo para que una norma de inferior jerarquía cambie la denominación, y de paso el propósito, a esta subcuenta. De hecho, no existe una partida equivalente para el régimen subsidiado, a pesar de que el plan de beneficios de "Promoción y Prevención" es idéntico en ambos regímenes.

[53] Véase la parte distribución de la contribución obrero-patronal en el capítulo 5.1 Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) (página 256)

3.3 Atención de urgencias

Dentro de la normatividad vigente sobre urgencias, se tiene como antecedente la Ley 10 de 1990 que determina que "todas las instituciones o entidades que presten servicios de salud están obligadas a presentar la atención inicial de urgencias, con independencia de la capacidad socioeconómica de los demandantes de estos servicios".

La norma marco de las urgencias es el Decreto 412 de 1992 del ministerio de salud publica que "reglamenta parcialmente los servicios de urgencias", aplicado a todas las entidades prestatarias de servicios de salud, públicas y privadas y trata de la obligatoriedad de la atención inicial de las urgencias, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad de cada entidad. Si el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que éste ingrese a la entidad receptora. Además establece algunas definiciones que luego serán refinadas en el MAPIPOS. Es allí que se define la ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIA como las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato. Igualmente se define al servicio de urgencia como unidad de atención de urgencias, y a la red de urgencias como un conjunto articulado de unidades de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, todo ello muy coherente con el modelo de atención del anterior Sistema Nacional de Salud - SNS.

La Ley 100 de 1993, que instituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su artículo 159 garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS la atención de urgencias en todo el territorio nacional y ordena que las Entidades Promotoras de Salud EPS establecerán un sistema de referencia y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias. Se dispone también que la atención inicial de urgencias deba ser prestada en forma obligatoria por todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS públicas y privadas, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago, sin requerirse contrato ni orden previa.

Urgencias en el MAPIPOS

La Resolución 5261 DE 1994, el MAPIPOS, establece entre sus definiciones que URGENCIA "es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección

inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras".

Establece el MAPIPOS que las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la EPS o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras; el acuerdo 260 de 2004 del CNSSS, que subrogó el acuerdo 30 de 1996, establece también que la atención inicial de urgencias está exonerada de copagos. Además aclara cuáles son las actividades para la atención de pacientes en el servicio de urgencias: Evaluación y atención médica, sutura, observación, hasta por 24 horas, hidratación, estabilización y remisión del paciente que lo requiera, otras actividades y procedimientos médicos y de enfermería e interconsulta especializada, así como la movilización del paciente en ambulancia cuando lo requiere.

En modificación hecha por Resolución 2816 de 1998 se establece que cuando la IPS no pertenezca a la red de prestadores de las EPS, aquélla informará la atención de los afiliados en el servicio de urgencias, en las 24 horas hábiles siguientes al ingreso del paciente o con la periodicidad que se haya pactado entre las dos instituciones, lo cual no siempre ha resultado viable para los prestadores, ya que esta información depende de que al paciente se le pueda identificar efectivamente y esto no siempre es posible, ora por su condición, ora porque el usuario oculte su afiliación para evitar ser remitido a la red propia de su EPS.

Según el MAPIPOS, las EPS deben reconocer los gastos por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS y la solicitud de reembolso debe hacerse en los 15 días siguientes al alta del paciente y será pagada por la EPS en los 30 días siguientes a su presentación. Según Resolución 2839 de 1994 del Ministerio de Salud, la IPS que presta el servicio recibirá de la EPS el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas, si las hay, o con las tarifas del SOAT.

Resulta por ello que tanto aseguradores como prestadores se han enfrentado a la disyuntiva de atender usuarios que, por falta de educación acerca de sus deberes o por la dificultad de acceso al POS, acuden a los servicios de urgencias sin que esté en peligro la vida y la función, congestionándose y retrasando la atención de casos más graves. En la realidad esto ha sido manejado por las EPS por medio de una figura que nunca ha sido reglamentada: La Atención Prioritaria, que consiste en crear espacios aparte para atender los pacientes que presentan situaciones que, sin ser urgencia vital, requieren de valoración médica y dan más espera. De hecho, el MAPIPOS también trata acerca de la consulta odontológica de urgencias para solución de

problemas agudos, dolorosos, hemorrágicos, traumáticos o infecciosos, pero esto tiende a considerarse actualmente un asunto de atención prioritaria, a lo sumo.

Circular marco de urgencias

El compendio marco sobre el tema más vigente es la circular externa 014 de 1995 de la Superintendencia Nacional de Salud SNS, sobre atención de urgencias, basado en la normatividad enunciada en los párrafos anteriores y contemplando los temas ya tratados.

Plantea también la circular 14 que la atención inicial de urgencias no puede estar condicionada por garantía alguna de pago posterior, ni afiliación previa y que es el médico quien define esta condición y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia debe pagar el valor total de la atención, aunque nunca se explica cómo hacer efectivo el cobro, si no se puede establecer garantía.

La entidad que haya prestado la atención inicial de urgencias tiene responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que lo dé de alta o si éste ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que ingrese a la entidad receptora. Esta responsabilidad está enmarcada por los servicios que preste, el nivel de atención y grado de complejidad de cada entidad, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud. La entidad receptora también está obligada a prestar la atención inicial de urgencias hasta alcanzar la estabilización del paciente en sus signos vitales. En el caso de que el paciente se niegue a recibir la atención que le ofrece la institución, ésta queda exonerada de la responsabilidad.

La IPS debe informar a la respectiva EPS, o en los casos de pacientes no asegurados a la Dirección Territorial de Salud DTS, el ingreso de su afiliado dentro de las doce (12) horas hábiles siguientes a la solicitud del servicio so pena del no pago respectivo, a menos que por fuerza mayor no se pueda dar aviso. El trámite del pago se hará conforme lo establezcan los respectivos contratos, o convenios y en su defecto por el trámite establecido para el SOAT.

Para quienes no aplique el SGSSS (regímenes especiales o de excepción) el pago de los servicios se hará con las tarifas de la Institución Prestadora de Salud IPS, excepto cuando se trate de urgencias causadas por Eventos Catastróficos o Accidente de Tránsito - ECAT en cuyo caso rigen las tarifas SOAT.

La responsabilidad de aplicar los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes en todos los niveles de atención en salud recae en los Departamentos (Red Departamental de Urgencias),

distritos y municipios a través de las respectivas Direcciones de Salud, según ordena el Decreto 2759 de 1991.

A modo de paréntesis, se entiende por Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE (hay actualmente 22 en Colombia) como el nodo integrador de los servicios de urgencias de un departamento, cuyo papel fundamental consiste en canalizarlas a través de un sistema de comunicaciones al que tienen acceso la comunidad y las instituciones, con el objetivo de articular las instituciones de salud mediante la atención prehospitalaria, hospitalaria y el sistema de referencia y contrarreferencia de la red de servicios, para la ubicación del paciente en el nivel de salud correspondiente y disponible.

El decreto 4747 de 2007 establece que las entidades responsables del pago de servicios de salud pueden "apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrarreferencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso. (…) Corresponde a las direcciones territoriales de salud, regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia. El Ministerio de la Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los centros reguladores de urgencias y emergencias y desastres – CRUE".

Más sobre urgencias

El decreto 806 de 1998 se reafirma en varios conceptos, además de aclarar que para el tránsito entre niveles de complejidad es requisito indispensable el procedimiento de remisión exceptuando las atenciones de urgencia y pediatría. Y que es de atención inmediata la atención inicial de urgencia. Se establece también que cuando el usuario lleve cinco años o más de afiliación continua a una misma EPS tiene derecho a un período de protección laboral de tres meses contados a partir de la fecha de su desafiliación, en que le serán atendidas aquellas enfermedades que venían en tratamiento o aquellas derivadas de una urgencia.

El decreto 783 de 2000 que modifica el Decreto 047 de 2000 y en concordancia con lo establecido en el Decreto 1406 de 1999, establece que durante los primeros treinta días a partir de la afiliación del trabajador dependiente se cubrirá únicamente la atención inicial de urgencias. Los trabajadores independientes y sus beneficiarios, en cambio, tienen derecho a partir de la fecha de su afiliación y pago a todos los beneficios del POS. Y nuevamente se entiende que en ningún caso se puede exigir contrato u orden previa para la atención inicial de urgencias, atribuyendo eso sí a las EPS, el deber

de velar por la racionalidad y pertinencia de los servicios prestados así como garantizar el pago ágil y oportuno a la IPS a la cual ingresó el afiliado y expedir las correspondientes autorizaciones, cartas de garantía o documentos equivalentes.

La Ley 715 de 2001 dicta que la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas sin contrato ni orden previa, aclarando eso sí que el reconocimiento del costo de estos servicios se efectuará mediante resolución motivada en caso de ser un ente público el pagador, y que en consecuencia, la atención de urgencias en estas condiciones no constituye hecho cumplido para efectos presupuestales y debe cancelarse máximo en los tres meses siguientes a la radicación de la factura de cobro. La circular 137 de 2002 explica esta disposición de manera detallada y aclara que dichos valores deben clasificarse como cuentas por pagar en mora en ciertas edades señaladas, fijando fuertes sanciones para quien incurra en esta mora. Pero se aclara que en ningún caso será procedente el pago de sumas frente a las IPS por parte de la EAPB con fecha anterior a la establecida en la autorización.

Ahora bien, la jurisprudencia sobre urgencias también ha aclarado que la demostración de la conexidad entre el derecho a la salud y el derecho a la vida no exige probar que se trata de una urgencia vital. En este sentido, por ejemplo, se tiene que "la afectación del derecho a la vida no puede ser entendida sólo cuando la persona está al borde de la muerte, es decir, no hay lugar al amparo únicamente cuando quien busca la protección está a punto de morir, sino que el concepto es más amplio, se extiende hasta el punto de garantizar una existencia en condiciones dignas" (Sentencia T-790 de 2003).

El decreto 3260 de 2004 sobre "medidas para optimizar el flujo de recursos en el SGSSS", establece que para el pago de los servicios prestados por atención inicial de urgencias, que conforme a la Ley no requieren contrato ni orden previa, se aplican las reglas para el pago en los contratos en modalidades diferentes a la capitación.

La circular externa Nº 010 de 2006 del Ministro de la Protección Social brinda "Instrucciones sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando está en peligro la vida de los pacientes" y establece la obligatoriedad de la aplicación de triage (clasificación de la prioridad para la atención de urgencias) por personal idóneo de salud (médico), a la vez que reiteran, otra vez, las pautas dadas por la norma, amenazando con la imposición de las sanciones previstas.

Finalmente, la Ley 1122 de 2007 en su artículo 20 vuelve sobre el hecho de que se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades

territoriales (en el caso de los “vinculados”) no pueden negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato. La novedad es que el incumplimiento de esta disposición, lo sanciona la Superintendencia Nacional de Salud con multas, por una sola vez o sucesivas, hasta de 2.000 SMMLV por cada multa, y en caso de reincidencia puede conllevar hasta la pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución. En particular, en lo relacionado con el reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS, cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la EPS para cubrir las obligaciones para con sus usuarios, aplica la temible función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud, que le permite conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez.

El decreto 4747 de 2007 establece que “el Ministerio de la Protección Social definirá un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado "triage", el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios” y que “El procedimiento de verificación de derechos será posterior [… al] "triage" y no puede ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias”.

Todo PSS debe informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención mediante el diligenciamiento y envío del formato definido por el Ministerio de la Protección Social.

Para la prestación de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias el prestador de servicios de salud debe informar a la entidad responsable del pago, la necesidad de prestar el servicio cuya autorización se requiere, utilizando para ello el formato establecido una vez realizada la atención inicial de urgencias, siguiendo los procedimientos y términos definidos por el Ministerio de la Protección Social.

La respuesta a estas solicitudes debe darse dentro de las dos horas siguientes al recibo de la solicitud si es para atención subsiguiente a la atención inicial de urgencias o en 6 horas si es para atención de servicios adicionales. La negativa será hecha en el Formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos establecido por la Superintendencia Nacional de Salud. De no obtenerse

dentro de los términos se entenderá como autorizado el servicio y no será causal de glosa, devolución y/o no pago de la factura.

La solicitud y la respuesta no pueden ser trasladados al paciente o a su acudiente.

Si el prestador que brindó la atención inicial de urgencias hace parte de la red de prestadores de servicios de salud de la entidad responsable del pago, la atención posterior debe continuarse prestando allí si el servicio requerido está contratado, salvo que se justifique prestarse por parte de otro prestador.

Urgencias en accidentes de trabajo

La circular externa 014 de 1995 de la SNS, sobre atención de urgencias, también se extiende a los ámbitos de riesgos profesionales (Decreto 1295 de 1994). Determina que la IPS que atienda una urgencia por accidente de trabajo o enfermedad profesional, debe informar dentro de los dos días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente de trabajo o a la primera calificación de la enfermedad profesional a la EPS y a la Administradora de Riesgos Profesionales ARP. La atención es integral.

Urgencias en accidentes de tránsito y eventos catastróficos[54]

La circular externa 014 de 1995 de la SNS también trata de accidentes de tránsito según lo prescrito en la Ley 100 de 1993 artículo 167, decretos 1032 y 2878 de 1991, Decreto Ley 1032 de 1991 y Decreto 663 de 1993, más las sentencias de la Corte suprema de Justicia T-111 de 2003 y T-1196 de 2003.

Ordena la Ley 100 de 1993 que en los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS, los afiliados tendrán derecho a lo que más adelante se denominará atención integral de urgencias, que incluye además del cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, gastos de transporte al centro asistencial, indemnización por incapacidad permanente y por muerte y gastos funerarios.

La atención del paciente debe ser integral (médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria) en

[54] Véase para información más completa el capítulo 5.2 “Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT” (página 276)

accidentes de tránsito a cargo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT (hasta 500 SMMLV) y hasta 300 SMMLV de más (en los pacientes politraumatizados) a cargo del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT. Ahora bien, ECAT cubre totalmente los 800 SMMLV en los casos que no haya cobertura por el SOAT (vehículo no asegurado, póliza falsa, vehículo fantasma), en caso de catástrofes por actos terroristas o en desastres naturales. Después de estos topes, la responsabilidad del pago de los servicios recae sobre la EAPB del usuario o en la DTS departamental, si no está asegurado. En todos estos casos, el monto de los servicios se pagará conforme las tarifas del SOAT.

Urgencias para los desplazados

Los Decretos 2131 y 2284 de 2003, apoyados en la Ley 387 de 1997 y la Ley 812 de 2003, establecen que la atención inicial de urgencias de la población desplazada por la violencia debe ser prestada, independientemente de su capacidad de pago, en forma obligatoria por parte de las instituciones públicas o privadas que presten servicios de salud, aún cuando no se haya efectuado su inscripción en el Registro Único de Población Desplazada. Ahora bien, el pago de los servicios prestados por concepto de atención inicial de urgencias, será efectuado por la EAPB a la cual se encuentre afiliada la persona en condición de desplazamiento y debe reconocerse dentro de los quince días siguientes a la presentación de la factura. El pago de la atención inicial de urgencias a la población desplazada no asegurada, se hará por la entidad territorial receptora.

3.4 La focalización del gasto público social y su aplicación en Colombia (la encuesta SISBEN)

La focalización se convierte en una herramienta de gestión de la política pública destinada a generar mayor equidad en la distribución de los beneficios de la inversión social. En tal sentido el proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios del régimen subsidiado de salud es el mecanismo mediante el cual se logra que las personas pobres y vulnerables accedan a los servicios de salud y ejerzan su ciudadanía en el marco del Estado social de derecho.

La focalización del gasto social[55]

La focalización como política social en nuestros países y en oposición a otras estrategias para la aplicación del gasto social ha generado controversia, encontrándose en la literatura al respecto conclusiones diversas.

"Las políticas y programas de los gobiernos sobre salud, pobreza y vulnerabilidad han estado muy influidos por los discursos y prácticas del Banco Mundial BM y de la OPS/OMS. (...). Si en el documento del BM en 1987 ["Una agenda para la Reforma"] se insinuó una forma de intervención para la asignación de subsidios muy cercana a la focalización, en su informe de 1993 ["Invertir en Salud"] propuso un conjunto de mecanismos de medición de la pobreza para la selección focalizada de los más pobres. Algunos de estos mecanismos incluirían los métodos ortodoxos de evaluación de los individuos y de las familias de acuerdo con sus ingresos, condiciones nutricionales y demográficas; autoselección mediante dispositivos de racionamiento como las colas y la diferenciación en comodidad y calidad de los servicios; y oferta en forma gratuita o subvencionada de aquellos servicios que más demandaran los pobres. De acuerdo con esa lógica, el BM sugirió que el gobierno sólo debería subvencionar en su totalidad a aquellos pobres que certificaran, mediante procedimientos de selección apropiados, no disponer de capacidad de pago. Además, junto con otras agencias de la región la OPS impulsó la estrategia de universalización mediante focalización del gasto público y la atención a grupos desprotegidos o con mayor riesgo por su condición

[55] Se toma esta parte del artículo "Discurso de la Focalización de Subsidios en Salud" publicado en la revista Gerencia y Políticas de Salud por Román Vega Romero con María Inés Jara Navarro como co-investigadora (septiembre 2002)

socioeconómica o biológica (…). A diez años de la emergencia de tal conjunto político normativo, técnico y gerencial de la política actual de salud el problema central desde una perspectiva de justicia social es la oposición entre universalidad y focalización y, como consecuencia, en el plano de la metodología de selección de beneficiarios de subsidios para aseguramiento en salud, la oposición entre inclusión y exclusión".

Según CEPAL, "El gasto social tuvo un gran efecto redistributivo. El 20% de hogares más pobres reciben una fracción del gasto social, excluida la seguridad social, que en promedio sextuplica su participación en la distribución del ingreso primario (...). La focalización del gasto, sin incluir la seguridad social, es diferente en los países. Chile y Colombia, que se esforzaron por concentrar los beneficios de los programas sociales en los estratos de menores ingresos, presentan los grados más elevados de focalización del gasto en el 40% de los hogares".

Por otra parte Filgueira y Rossel exponen que "El gasto social no sólo se expandió, sino que también se focalizó. Este positivo impulso de las políticas sociales debe moderarse con dos advertencias. La descentralización y la focalización del gasto han sido dos estrategias predominantes de las reformas sociales de la última década. También lo ha sido el mix público-privado y la generación de mercados y cuasi-mercados para la provisión de servicios sociales. Si bien estas modalidades poseen sustento técnico y apuntan en muchos casos a mejorar la eficacia y equidad de las políticas, su efecto no siempre es el deseado" ya que "dada la amplia proporción de población pobre e indigente en América Latina, la focalización corre el riesgo de ofrecer muy poco y a muy pocos, al tiempo que tiende a generar segmentaciones adicionales a una ciudadanía ya profundamente segregada en estatus y estratos socioeconómicos estancos".

La focalización pretende "reducir los costos fiscales, o sea, acotar el gasto público social. De allí mismo el acento en las mediciones de pobreza, que suelen implicar subestimaciones de la magnitud del fenómeno". Bajo tal modelo "un principio distintivo es la focalización, que busca que estas prestaciones sociales procedan a una selección y reducción de los destinatarios, alentando una redistribución de cobertura reducida con un fuerte énfasis en los pobres y, sobre todo, en las franjas de pobreza extrema"[56].

En Colombia, la Constitución Nacional de 1991 dentro del ámbito de Estado Social de Derecho establece la necesidad de focalizar o dirigir el gasto social a la población más pobre y vulnerable por

[56] Escurra, Ana María "¿Qué es el neoliberalismo?: Visión General - Síntesis de conclusiones". En: http://www.sedos.org/spanish/vision_general.html (Consultado: Abril de 2009)

parte del gobierno nacional y de los gobiernos departamentales y locales. La Constitución establece en su artículo 13 que "Todas las personas (…) gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades". Y que "el Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados". Más adelante establece que "el Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta". Así, la Constitución jerarquizó las prioridades del gasto público, subordinando las leyes presupuestales a la prevalencia del gasto público social y, dentro de éste, la atención preferencial a los grupos de población más pobre y vulnerable del país. Para cumplir con este mandato, los responsables de la administración pública deben contar con mecanismos técnicos y objetivos que garanticen una total transparencia en la identificación de las necesidades reales y en la selección de los potenciales beneficiarios para los programas sociales.

El Consejo Nacional para la Política Económica y Social Conpes, adscrito al Departamento Nacional de Planeación DNP nace por el Decreto 2132 de 1992. Allí se determina que el Conpes Social cumple la función de adoptar la metodología para establecer la población usuaria de los servicios de salud y educación, para aplicar las reglas de distribución de recursos del situado fiscal y para diseñar indicadores. En el artículo 30 se define la focalización de los servicios sociales como el proceso por el cual se garantiza que el gasto social se asigna a los grupos de población más pobres y vulnerables.

En la Ley 100 de 1993, el artículo 157 estableció, entre otras cosas, que "los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado (…) son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Será subsidiada en el SGSSS la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obras de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago". Para ello, se especifica en la Ley que el gobierno escogerá las herramientas apropiadas para asignar dichos subsidios.

De igual forma, en el artículo 176 de dicha Ley (de las funciones de la dirección seccional, distrital y municipal del sistema de salud) se ordena a los entes territoriales "Preparar para consideración del

Consejo territorial de Seguridad Social en Salud los instrumentos y metodologías de focalización de los beneficiarios del régimen subsidiado en el área de su jurisdicción y orientar su puesta en marcha".

El Conpes social 22 de 1994 "mediante el cual se establecen los criterios generales, instrumentos y acciones de seguimiento y control para la determinación, identificación y selección de beneficiarios por parte de los municipios y distritos" definió los criterios para la selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social por parte de las entidades territoriales, a instancias de lo ordenado por la derogada Ley 60 de 1993, y fueron adoptados la Estratificación Socioeconómica, para la focalización geográfica, y el Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios de los Programas Sociales para la focalización individual.

Estos criterios fueron acogidos por la Resolución 65 de marzo 25 de 1994, la cual dispuso que "los beneficiarios del gasto social se identificarán a través de la estratificación socioeconómica y de la ficha de clasificación socioeconómica", para su aplicación por parte de las entidades territoriales, a partir de enero de 1995.

El diseño de la herramienta de focalización fue encomendado a la Misión Social –unidad adscrita al DNP, ya desaparecida, creada por Ley 60 de 1993 para apoyar la descentralización y financiada con recursos del PNUD y aportes del Presupuesto Nacional-, que adoptó el SISBEN, SISTEMA INTEGRADO DE SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS.

Finalmente, a partir de enero de 1995, se implementó la ficha del SISBEN para la identificación de hogares y personas pobres. Este instrumento fue recomendado a su vez por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS para la selección de beneficiarios en el régimen subsidiado por Acuerdo 23 de diciembre de 1995. Más tarde el Acuerdo 77 de noviembre 20 de 1997 "define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del SGSSS" y en él "se determina el procedimiento para identificar a los potenciales beneficiarios de los subsidios y el mecanismo de selección de los beneficiarios; el procedimiento de afiliación a las EPS-S; y la contratación y ejecución de los recursos".

La Ley 715 de 2001, que revoca la Ley 60 de 1993, en el artículo 94 define focalización como el "proceso mediante el cual se garantiza que el gasto social se asigne a los grupos de población más pobre y vulnerable. El Conpes Social definirá cada tres años los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios, así como los criterios para la aplicación del gasto social por parte de las entidades territoriales. En todo caso, las entidades territoriales al realizar inversión

social, especialmente mediante la asignación de subsidios, deben aplicar los criterios de focalización, definidos por el Conpes Social".

El Documento Conpes Social 040 de Septiembre de 1997 había reiterado los criterios generales de la identificación y selección de beneficiarios del gasto social según lo definido por el Conpes 22 y acoge la recomendación según la cual se debe hacer una evaluación sobre el impacto de la focalización del gasto social a nivel nacional y regional con base en la Encuesta de Calidad de Vida de 1997. La evaluación es realizada por la Misión Social del DNP y el Ministerio de Salud en el 2000 y 2001, "Evaluación Integral del SISBEN", para validar o redefinir los criterios del instrumento, y señaló como problemas la posibilidad de manipulación del instrumento por parte de los actores involucrados, deficiencias en la captura de información, debilidades en el índice SISBEN para discriminar pobreza, filtraciones de carácter político en la escogencia de potenciales beneficiarios para programas sociales, mecanismos poco eficaces de control y vigilancia, y debilidad del control social. De acuerdo con lo anterior, el Conpes social expidió el documento 055 de 2001, el cual aprobó la reforma al sistema de focalización individual del gasto social.

El SISBEN-II

Con base en estas conclusiones se promulga el Conpes Social 055 de noviembre 22 de 2001, que "reforma el sistema de focalización individual del gasto social" y acoge las conclusiones y recomendaciones del Estudio del DNP Misión Social & Ministerio de Salud.

En los antecedentes se destaca que después de ocho años de utilización del SISBEN, se pueden identificar logros importantes: i) se han focalizado efectivamente los recursos; ii) los criterios y la utilización del instrumento han sido apropiados por la comunidad y por las autoridades locales; iii) el SISBEN ha ganado un amplio reconocimiento internacional; iv) la SISBENización de 27 millones de personas y el hecho de que el cambio en la utilización de los servicios de salud favoreció a la población más vulnerable; y v) la información de las bases SISBEN ha apoyado los procesos de planeación, la ejecución de programas específicos, la descentralización y el fortalecimiento del desarrollo institucional. Por todo ello recomienda que la estrategia de focalización de los servicios sociales y del gasto social deben mantenerse, así como el instrumento de focalización individual, pues ha demostrado un significativo impacto redistributivo.

Por otra parte se proponen ajustes entre los cuales se destacan: Actualizar el sistema de ponderación estadístico de variables (índice I-SISBEN); Implementar un sistema de control de la calidad de la información; Crear procedimientos para identificar y dar una solución a situaciones

como desplazamiento, fallecimientos, nacimientos, etc.; Diseñar la normatividad legal que permita sancionar las conductas punibles; Optimizar la utilización del SISBEN en la selección e identificación de la población objeto para cada programa público que involucra subsidios o identificación de determinados grupos de población, para programas de carácter nacional (red de apoyo social, becas PACES), institucional (ICBF, INURBE, ministerio de educación), o regional.

Luego, la Ley 812 de 2003 "Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006, Hacia un Estado Comunitario", aclara que "Los tres desafíos principales que tiene el Gobierno para construir una sociedad más justa son: Aumentar la eficiencia del gasto social para que los mayores recursos se traduzcan en mejores resultados; Mejorar la focalización del gasto para que los recursos lleguen a los más necesitados; y consolidar un sistema de protección social para que las crisis económicas no comprometan, por completo, las posibilidades futuras de los grupos más vulnerables". Y continúa "Se creará una red de protección social operante para dar continuidad a los programas de la Red de Apoyo Social, reformando el sistema de identificación y clasificación de potenciales beneficiarios para programas sociales (SISBEN) para contar con una adecuada focalización de tales programas".

Actualización del instrumento

Algunas de las actuales variables del anterior índice son irrelevantes, porque no discriminan pobreza, o son altamente vulnerables a la distorsión, o porque están altamente correlacionadas con el ciclo económico (caso del ingreso). En adición, existen variables que no están en aquel índice (ya que no se medían o eran poco representativas), pero tienen buena capacidad discriminatoria.

Variables del anterior índice SISBEN:

- Vivienda: material y equipamiento
- Servicios públicos
- Educación y Seguridad Social
- Ingreso y Composición Familiar

Para el nuevo indicador se omitieron variables con baja sensibilidad (como las relacionadas con materiales, servicios domiciliarios, escolaridad, equipamiento) y se formularon nuevas variables con diferencias susceptibles para zona urbana y rural, quedando así:

- Localización de la vivienda

- Condiciones de la vivienda
- Servicios en la vivienda
- Escolaridad y no asistencia
- Características demográficas
- Seguridad social
- Bienes durables

Cuadro No. 24. Puntajes para la estratificación encuesta SISBEN

Nivel de pobreza	Puntajes	
	Zona urbana	Zona rural
Nivel 1	0 a 36	0 a 18
Nivel 2	37 a 47	19 a 30
Nivel 3	48 a 58	31 a 45
Nivel 4	59 a 69	46 a 61
Nivel 5	70 a 86	62 a 81
Nivel 6	87 a 100	82 a 100

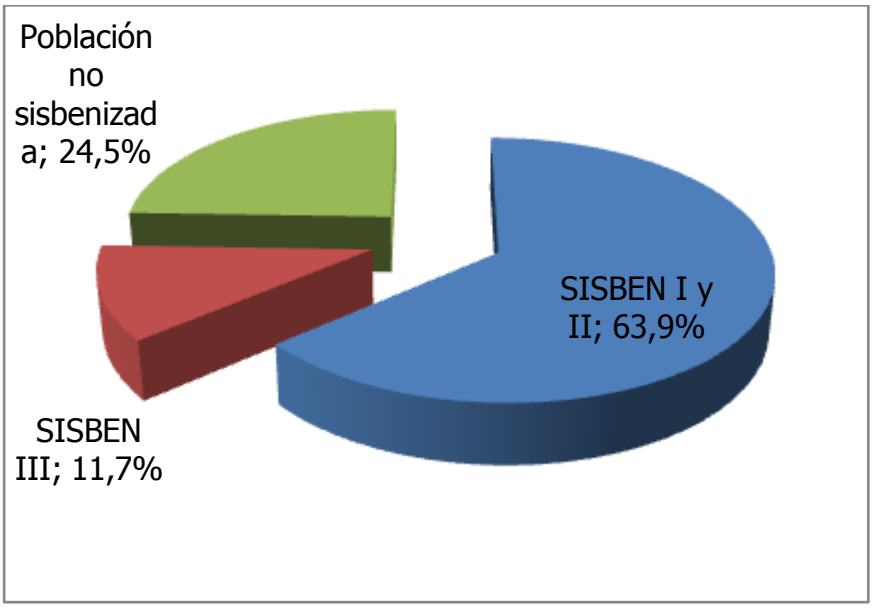
Otro aspecto que ha conducido a la regulación en el empleo de la encuesta es el hecho de que la calificación es arrojada automática por el software haciendo uso de una ponderación de cada una de las variables que es desconocido para quien realiza la encuesta como para quien la recibe. Así, el resultado final que ubica al usuario en un determinado puntaje por nivel de pobreza es fijado por el aplicativo, conteniendo el impacto en la manipulación de los resultados que eventualmente pueda llegar a hacerse.

Cuadro No. 25. Resultados de la encuesta SISBEN

NIVELES SISBEN	Población Sisbenizada	Indígenas	Total población	Afiliados régimen subsidiado	Afiliados régimen contributivo	Población sin afiliar
I y II	26.338.060	714.474	27.052.534	16.494.533	3.222.511	7.335.490
III identificado	4.813.210		4.813.210	2.097.048	1.534.758	1.181.404
TOTAL	31.151.270	714.474	31.865.744	18.591.581	4.757.269	8.516.894
% frente a población total	**75,5%**	**1,7%**	**77,3%**	**45,1%**	**11,5%**	**20,7%**
Población total (censo 2005)	41.242.948					

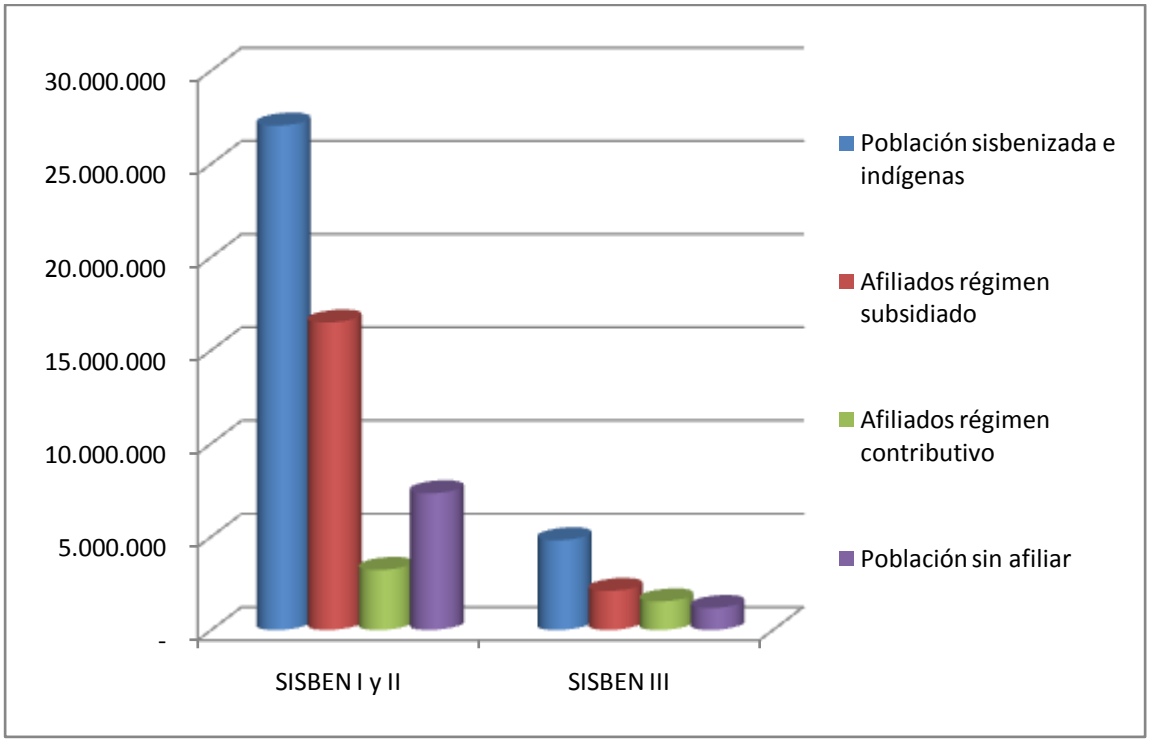
Fuente: Conrado Gómez basado en datos de DNP y MPS, marzo de 2006

Gráfico No 17. Focalización del gasto público socia y aseguramiento en el SGSSS. Resultados de la encuesta SISBEN a junio de 2006



Fuente: Conrado Gómez basado en datos de DNP y MPS, marzo de 2006

Gráfico No 18. Focalización del gasto público socia. Resultados de la encuesta SISBEN a junio de 2006.



Fuente: Conrado Gómez basado en datos de DNP y MPS, marzo de 2006

Lo que agenció la focalización en Colombia

En Banco de la República en 2004 concluye tras comparar los resultados de 2003 con los encontrados por Vélez (1996) para el año 1992 en algunos sectores. De allí se concluye que la focalización ha sido más conveniente para el sector salud que para otras subvenciones sociales.

- En salud, por las reformas estructurales de la década anterior, especialmente la Ley 100 de 1993 que creó el régimen subsidiado, la focalización de su gasto público aumentó extraordinariamente pasando de un coeficiente de concentración regresivo de 0.258 a uno progresivo de -0.409 para el régimen subsidiado y de 0.212 para los subsidios de oferta.

- Los subsidios pensionales son los más ineficientes y menos equitativos. Su monto anual es mayor que el destinado a la educación y sin embargo tan solo el 2.3% de ese subsidio se destina al 40% más pobre de la población.
- La focalización de los subsidios empleados en educación básica es bastante aceptable pero, respecto al año 1992, se ha mejorado muy poco.
- Del subsidio familiar monetario de las Cajas de Compensación solo el 15% de aproximadamente 600 mil millones de pesos se destina al 40% más pobre de la población.
- En los servicios públicos domiciliarios, cerca del 26% del subsidio neto (costo de los servicios menos contribuciones) va a los 2 quintiles más altos de la población.
- El SENA podría comenzar inmediatamente a utilizar el SISBEN como requisito para la formación que imparte, puesto que solamente el 19% de los recursos se están destinando a población pobre.

Y finalmente recomienda: “El SISBEN, que parece discriminar bien a los más pobres de los pobres (pobreza crónica), podría utilizarse en muchos programas haciéndolo flexible según el riesgo o el sector que se vaya a cubrir, pero por sus costos solo puede cambiarse en largos períodos (no sirve para la pobreza transitoria). Habría que buscar también nuevos sistemas de focalización (por ejemplo, el ICBF focaliza muy bien y no usa el SISBEN)”.

3.5 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud - SOGC

3.5.1 Características del SOGC

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud SOGC, reglamentado por el decreto 1011 de 2006 y sus actos administrativos, es un conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Las características del SOGC son accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad.

La atención de salud se refiere al conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento y la prestación de servicios. La calidad de la atención en salud es la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

El campo de aplicación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud - SOGC se extiende a:

- Prestadores de Servicios de Salud - PSS
- Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB
- Entidades Territoriales de Salud - ETS
- Regímenes especiales y de excepción

Sin embargo, en su desarrollo histórico y normativo de este componente del SGSSS ha estado enfocado casi totalmente a los Prestadores de Servicios de Salud PSS y es allí donde se han dado los mayores desarrollos.

El SOGC, a su vez, no se aplica a las entidades cuya vigilancia sanitaria y control de calidad corresponde al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA como son bancos de sangre, laboratorios de genética forense, bancos de semen de las unidades de

biomedicina reproductiva, bancos de componentes anatómicos y demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos.

Las Entidades responsables del funcionamiento del SOGC son:

Ministerio de la Protección Social: se encarga de establecer normas de calidad incluida la reglamentación del SOGC, actualización y aplicación para beneficio de los usuarios, asistencia técnica a los integrantes del sistema, concepto en aspectos técnicos a ET y PSS y procurar compatibilidad del SOGC con otros sistemas de gestión de calidad SGC.

Superintendencia Nacional de Salud: Inspección, Vigilancia y Control.

Entidades departamentales y distritales de salud: Cumplir y hacer cumplir disposiciones, divulgar las disposiciones y brindar asistencia a PSS.

Entidades municipales de salud: Asistencia técnica para implementar la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud y hacer esta auditoría a los PSS que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

Cuadro No. 26. Marco legal del SOGC

Norma y consecutivo	Fecha	Ente que promulga	Asunto
Constitución Política	1991	Asamblea Nacional Constituyente	Seguridad social Art. 1, 2, 49, 78
Ley 9	24-01-1979	Congreso de la República	Por la cual se dictan Medidas Sanitarias ("Código Sanitario Nacional")
Ley 10	10-01-1990	Congreso de la República	Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud

Norma y consecutivo	Fecha	Ente que promulga	Asunto
Ley 100	23-12-1993	Congreso de la República	Sistema General de Seguridad Social Integral SSSI Libro III Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS Art. 153, 154, 173, 178, 180, 185, 186, 227 y 232
Ley 715	12-12-2001	Congreso de la República	Recursos y competencias en salud, educación y otros Art. 42 a 44 y 56

Cuadro No. 27. Marco y antecedentes reglamentarios SOGC

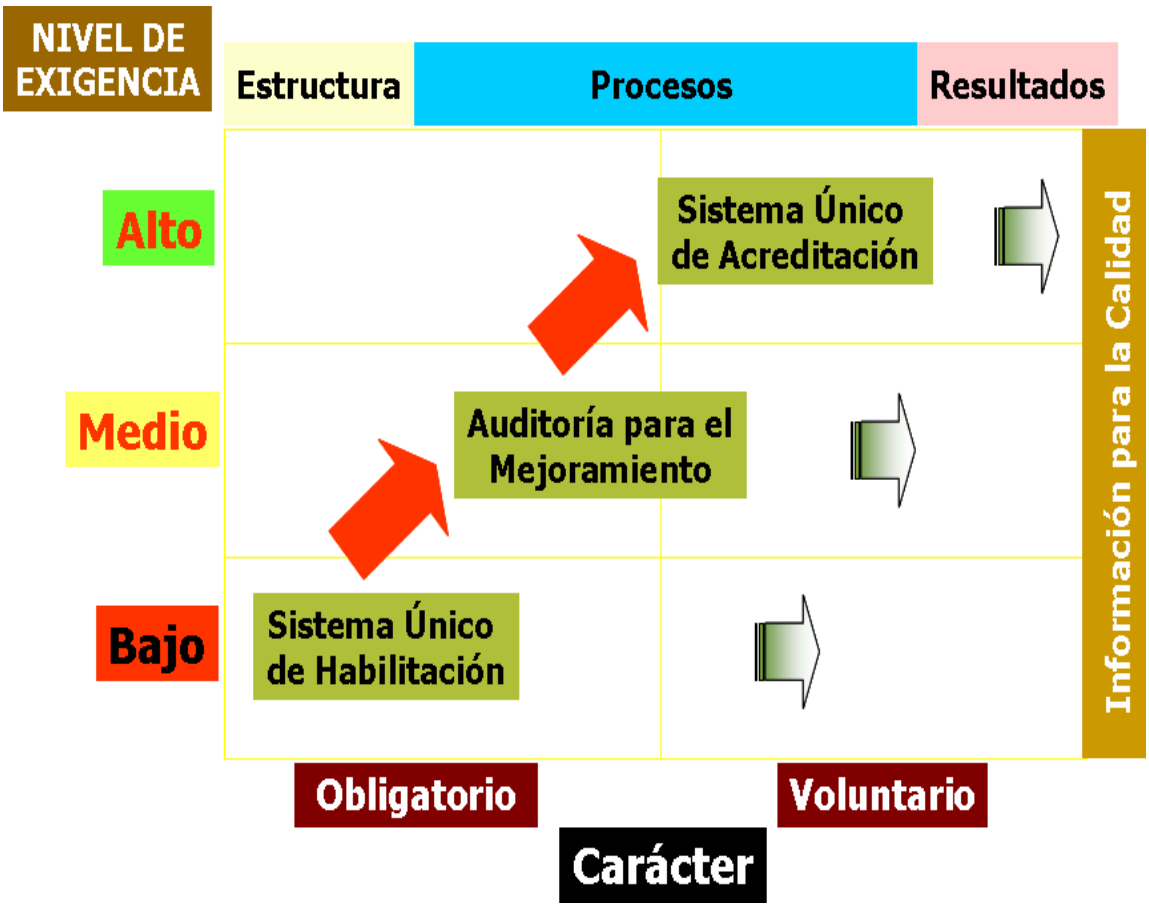
Norma y consecutivo	Fecha	Ente que promulga	Asunto
Decreto 2174 [Derogado]	28-11-1996	Ministerio de salud	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad [Requisitos mínimos esenciales]
Decreto 2309 [Derogado]	2002	Ministerio de Salud	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad SOGC
DECRETO 1011	**03-04-2006**	**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**	**SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD SOGC**

Componentes del SOGC

Los componentes del SOGC son:

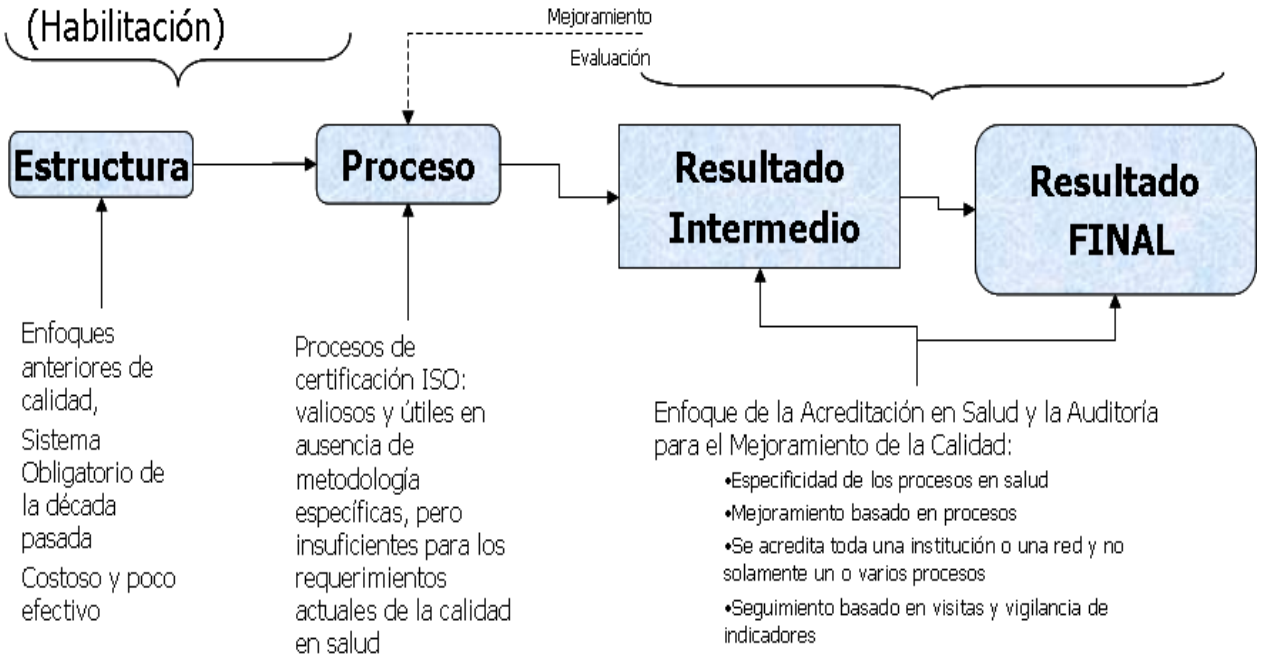
- Sistema Único de Habilitación
- Sistema Único de Acreditación
- Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud
- Sistema de información para la Calidad

Gráfico No 19. Ideograma de los componentes del SOGC



Fuente: Ministerio de la Protección Social

Gráfico No 20. Enfoque del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud



Fuente: Ministerio de la Protección Social

Cuadro No. 28. Marco reglamentario del Sistema Único de Habilitación (SUH) y Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (AMC)

Norma y consecutivo	Fecha	Ente que promulga	Asunto
Resolución 1043	03-04-2006	Ministerio de la Protección Social	Condiciones IPS para habilitar servicios y auditoría para el mejoramiento de la calidad
Anexo técnico Nº 1 Resolución 1043	03-04-2006	Ministerio de la Protección Social	Manual único de estándares y de verificación
Anexo técnico Nº 2 Resolución 1043	03-04-2006	Ministerio de la Protección Social	Manual único de procedimientos de habilitación
Circular externa 046 (derogada por circular [única] 47 de 2007)	30-10-2006	Ministerio de la Protección Social	Adopción de formularios de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud y de reporte de novedades del SUH del SOGC

Modificaciones al Sistema Único de Habilitación (SUH)

Norma y consecutivo	Fecha	Ente que promulga	Asunto
Resolución 2680 de 2007	03-07-2007	Ministerio de la Protección Social	Modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006

Norma y consecutivo	Fecha	Ente que promulga	Asunto
Anexo técnico Nº 1 Resolución 2680	03-04-2006	Ministerio de la Protección Social	Manual único de estándares y de verificación [modificaciones]
Anexo técnico Nº 2 Resolución 2680	03-04-2006	Ministerio de la Protección Social	Manual único de procedimientos de habilitación [modificaciones]

Complemento al Sistema Único de Habilitación SUH:: Otras modalidades de prestación de servicios de salud

Norma y consecutivo	Fecha	Ente que promulga	Asunto
Resolución 1448	08-05-2006	Ministerio de la Protección Social	Condiciones de Habilitación para las instituciones que prestan servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina
Anexo técnico Nº 1 Resolución 1445	08-05-2006	Ministerio de la Protección Social	Autoevaluación y verificación de las condiciones tecnológicas y científicas para la habilitación de prestadores de servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina
Anexo técnico Nº 2 Resolución 1445	08-05-2006	Ministerio de la Protección Social	Autoevaluación y verificación de las condiciones tecnológicas y científicas para la habilitación de prestadores de servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina

Norma y consecutivo	Fecha	Ente que promulga	Asunto
Resolución 1315	25-04-2006	Ministerio de la Protección Social	Autoevaluación y verificación de las condiciones tecnológicas y científicas para la habilitación de prestadores de servicios de salud – Centro de Atención en Drogadicción (CAD)

Cuadro No. 29. Marco reglamentario del Sistema de Información para la Calidad (SIC)

Norma y consecutivo	Fecha	Ente que promulga	Asunto
Resolución 1446	08-05-2006	Ministerio de la Protección Social	Sistema de información para la calidad e indicadores de monitoría del SOGC
Anexo técnico Resolución 1446	08-05-2006	Ministerio de la Protección Social	Sistema de información para la calidad e indicadores de monitoría del SOGC
Circular externa 30 (derogada por circular [única] 47 de 2007)	19-05-2006	Ministerio de la Protección Social	Instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud

Cuadro No. 30. Marco reglamentario del Sistema Único de Acreditación (SUA)

Norma y consecutivo	Fecha	Ente que promulga	Asunto
Resolución 1445	08-05-2006	Ministerio de la Protección Social	Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones
Anexo técnico Nº 1 Resolución 1445	08-05-2006	Ministerio de la Protección Social	Manuales de estándares del Sistema Único de Acreditación
Anexo técnico Nº 2 Resolución 1445	08-05-2006	Ministerio de la Protección Social	Lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud

3.5.2 Habilitación en el SOGC

Condiciones de operación

Todos los actores dentro del campo de aplicación del SOGC deben cumplir para habilitarse con las siguientes condiciones de operación:

i) Capacidad tecnológica y científica

ii) Suficiencia patrimonial y financiera

iii) Capacidad técnico administrativa.

En el caso de los PSS todos están obligados a cumplir los tres, excepto los profesionales independientes que sólo deben cumplir con las condiciones de operación relacionadas con capacidad tecnológica y científica.

Cada uno de las condiciones de operación se clasifica en diferentes estándares, que a su vez se desagregan en criterios, a los cuales se les aplica en la autoevaluación de cada servicio y en la verificación a cargo de los entes territoriales la calificación de “Cumple”, “No Cumple” o “No aplica”.

Condiciones de capacidad tecnológica y científica

Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los PSS por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

Estándares de las condiciones tecnológicas y científicas

1. Recursos humanos: condiciones mínimas para el ejercicio profesional del recurso humano asistencial y la suficiencia de éste recurso para el volumen de atención.
2. Infraestructura, instalaciones físicas y su mantenimiento: Áreas o características de ellas que condicionen procesos críticos asistenciales.
3. Dotación y su mantenimiento: Condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos que condicionen los procesos críticos institucionales.

4. Medicamentos, dispositivos médicos y su gestión: Existencia de procesos, que garanticen el cumplimiento de las condiciones legales para el uso de los medicamentos y dispositivos médicos.
5. **PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES**: Procesos de atención primaria, que condicionen directamente el incremento en las principales causas de morbimortalidad.
6. Historia clínica y registros clínicos
7. Interdependencia de servicios: Existencia y disponibilidad de servicios necesarios para el funcionamiento de otros servicios y el adecuado flujo de pacientes entre ellos.
8. Referencia de pacientes: Existencia y cumplimiento de procesos de remisión interinstitucional.
9. Seguimiento a riesgos: Existencia de procesos de control y seguimiento a los principales riesgos de cada uno de los servicios que se ofrezcan. Hay algunos obligatorios como tasa de mortalidad intrahospitalaria, de mortalidad materna, de infección intrahospitalaria y de complicaciones quirúrgicas y obstétricas.

Cuadro No. 31. Inventario de normas que complementan al SUH según estándar

Estándar 1. ***Recurso humano en salud***

Norma y consecutivo	Fecha	Ente que promulga	Asunto
Ley 14	1962	Congreso de la República	Ejercicio de la medicina y cirugía
Ley 6	1991	Congreso de la República	Especialidad médica de Anestesiología
Ley 36	1993	Congreso de la República	Profesión de Bacteriólogo
Ley 657	2001	Congreso de la República	Especialidad médica de la Radiología e imágenes diagnósticas
Ley 23	18-02-1981	Congreso de la República	Código de Ética Médica
Ley 35	08-03-1989	Congreso de la República	Código de Ética Odontológica

Norma y consecutivo	Fecha	Ente que promulga	Asunto
Ley 30	1992	Congreso de la República	Ley de educación superior
Decreto 1875	1994	Ministerio de educación	Registro de títulos de profesionales en salud
Decreto 1171	28-04-1997	Ministerio de Salud Publica	Reglamenta Art. 50 y 51 de la Ley 23 (Código de Ética Médica)
Acuerdo 003	2003	Concejo Nacional Para el Desarrollo de los Recursos Humanos	Criterios de evaluación y verificación de convenios docente-asistenciales para desarrollar los programas de pregrado o postgrado en el área de salud
Resolución 2927	1998	Ministerio de Salud Publica	Por la cual se reglamenta la práctica de terapias alternativas en la prestación de servicios de salud y se establecen normas técnicas, científicas y administrativas
Decreto 3616	10-10-2005	Ministerio de la Protección Social	Denominaciones de los auxiliares en las áreas de la salud, perfiles ocupacionales y de formación, requisitos básicos de calidad de sus programas

Estándar 2. ***Infraestructura, instalaciones físicas y su mantenimiento***

Norma y consecutivo	Fecha	Ente que promulga	Asunto
Resolución 4445	1996	Ministerio de Salud	Infraestructura
Decreto 1769	1994	Ministerio de Salud	Mantenimiento Hospitalario
Circular Externa 029	13-03-1997	Ministerio de Salud	Planes de mantenimiento hospitalario en las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarios de su jurisdicción

Estándar 3. ***Dotación y su mantenimiento***

Norma y consecutivo	Fecha	Ente que promulga	Asunto
Resolución 9031	1990	Ministerio de Salud	Licencia de equipo de rayos X

Estándar 4. ***Medicamentos, dispositivos médicos y su gestión***

Norma y consecutivo	Fecha	Ente que promulga	Asunto
Decreto 4725	26-12-2005	Ministerio de la Protección Social	Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano
Decreto 2200	28-06-2005	Ministerio de la Protección Social	Se reglamenta el servicio farmacéutico
Decreto 2330	12-07-2006	Ministerio de la Protección Social	Modifica parcialmente el decreto 2200 de 2005
Decreto 3554	16-09-2008		Modifica parcialmente el decreto 2200 de 2005 (apertura o traslado de establecimientos farmacéuticos minoristas)

Estándar 5.

Estándar 6. ***Procesos Prioritarios Asistenciales***

Norma y consecutivo	Fecha	Ente que promulga	Asunto
Resolución 4445	1996	Ministerio de Salud	Reglamenta Título IV de 9 de 1979 en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares
Decreto 2676	22-12-2000	Ministerio del medio ambiente y Ministerio de salud	Gestión integral de los residuos hospitalarios y similares
Decreto 1669	02-08-2002	Ministerio de Salud	Modifica parcialmente el decreto 2676 del 2000
Resolución 1164	06-09-2002	Ministerio del medio ambiente	Manual de Procedimientos para de los residuos hospitalarios y similares
Resolución 2183	09-07-2004	Ministerio de la Protección Social	Manual de buenas prácticas de esterilización para prestadores de servicios de salud
Decreto 2493	2004	Ministerio de Salud	Reglamenta parcialmente las Leyes 9 de 1979 y 73 de 1988, en relación con los componentes anatómicos
Decreto 2640	2005	Ministerio de Salud	Reglamenta artículos 3º, 4º, 6º parágrafo 2º, 7º numeral 10, 25 y 46 del Decreto 2495 de 2004) - Bancos de Tejidos y médula ósea, donación y trasplantes

Estándar 7. ***Historia clínica y registros clínicos***

Norma y consecutivo	Fecha	Ente que promulga	Asunto
Resolución 1995	08-07-1999	Ministerio de Salud	Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica
Resolución 1715	13-06-2005	Ministerio de la Protección Social	Modifica la resolución 1995 de 1999

Estándar 8. ***Referencia de Pacientes***

Norma y consecutivo	Fecha	Ente que promulga	Asunto
Decreto 2759	11-12-1991	Ministerio de Salud	Se organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia
Resolución 1020	2002	Ministerio de la Protección Social	Medidas para la protección de la Misión Médica

Estándar 9. ***. Seguimiento a riesgos***

Norma y consecutivo	Fecha	Ente que promulga	Asunto
Resolución 741	14-03-1997	Ministerio de Salud	Instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para Prestadores de Servicios de Salud

Instituciones Prestadoras de servicios de Salud IPS

Norma y consecutivo	Fecha	Ente que promulga	Asunto
Resolución 5261	05-08-1994	Ministerio de Salud	Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud POS en el SGSSS Niveles de Complejidad de IPS
Decreto 2753	13-11-1997	Ministerio de Salud	Funcionamiento de los prestadores de servicios de salud en el SGSSS

Norma y consecutivo	Fecha	Ente que promulga	Asunto
Circular externa 118	31-07-2001	Superintendencia Nacional de Salud	Información básica instituciones prestadoras de servicios de salud privadas. Marco jurídico

Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera

Condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las IPS en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia y su liquidez, entendida como capacidad para el cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo. En las IPS la suficiencia patrimonial y financiera está sujeta a que:

- El patrimonio total debe estar por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según la forma jurídica de la empresa; esto equivale a no estar en causal de liquidación según lo previsto en el Código de Comercio.
- En caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles o de obligaciones laborales de más de 360 días su valor acumulado no debe superar el 50% del pasivo corriente

Condiciones de capacidad técnico administrativa

Consiste en el cumplimiento de los requisitos legales con respecto a existencia y representación legal de acuerdo a la naturaleza jurídica y los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la IPS cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

Habilitación de PSS

El Sistema Único de Habilitación, a través de los estándares de habilitación (condiciones de operación), protege al paciente y al sistema de la prestación de servicios por debajo de condiciones en las cuales los riesgos superen los potenciales beneficios.

La habilitación de PSS, así como el reporte de novedades (apertura o cierre de servicios, de sedes, de camas, de salas; cambio de domicilio, de representante legal, de razón social), los tramita el PSS ante el ente departamental o distrital con el formulario de inscripción en el registro especial de PSS, la autoevaluación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación y la presentación del Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC. De allí la posterior inscripción en el Registro Especial de Prestadores. El PSS que declare un servicio es el responsable del cumplimiento de todos los estándares, así participen en la prestación otros o tenga servicios contratados.

Cada cuatro años el ente departamental o distrital debe hacer mínimo una visita de verificación a cada PSS y dar certificación de cumplimiento dado el caso. No se deben fijar planes de cumplimiento, solo el incumplimiento de criterios y estándares. Para elevar el nivel técnico de los verificadores y homologar interpretación se ha dispuesto la obligatoria capacitación y el entrenamiento técnico por parte del MPS o ET en convenio con instituciones educativas.

Con el fin de fortalecer el control ciudadano para verificar que las atenciones en salud se presten exclusivamente en servicios inscritos en el Registro Especial de Prestadores, el MPS ha hecho obligatoria la exhibición del distintivo de habilitación.

Gráfico No 21. Distintivo de habilitación

Fuente: Ministerio de la Protección Social

Habilitación de EAPB

Es claro que las exigencias de Habilitación de las EAPB son, aún, laxas. Entretanto se promulgue la reglamentación, se asimila al procedimiento de habilitación para dichas entidades a la autorización de funcionamiento. La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad competente para habilitar a las EAPB y el MPS establece el procedimiento para la verificación, registro y control de las condiciones de habilitación de las EAPB. La vigencia de la habilitación de las EAPB se otorgará por un término indefinido. La Superintendencia Nacional de Salud podrá revocar la habilitación a una EAPB cuando incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento e impondrá las sanciones previstas, previo agotamiento del debido proceso. Además, las EAPB establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que comprenda como mínimo autoevaluación del proceso de atención de salud y atención al usuario.

La habilitación de las EPS-S aparece como una política gubernamental a cargo de Supersalud apenas en la Ley 812 de 2003. El acuerdo 244 de 2003 (acuerdo marco del régimen subsidiado) en sus artículos 37 a 41 reglamentaba, por primera vez, la habilitación de EPS-S, pero no pasó nada, como con otras disposiciones de este cuerpo normativo gravosas para las aseguradoras. El acuerdo 258 modifica este proceso, pero nada ocurrió. Y en febrero de 2004 se promulga el decreto 515 que amenazaba, esta vez sí, con cimentar esta requisitoria. Pero, otra vez, nada. A pesar de los múltiples actos administrativos que en 2004 reglamentan, modifican, aclaran y rectifican la habilitación de las entonces llamadas EPS-S (decreto 506, resoluciones 581 y 1189 y circular 066), realmente no pasó nada hasta 2006 en que la Superintendencia Nacional de Salud, como parte del proceso de análisis de la administradoras del régimen subsidiado, respecto a los estándares de habilitación, publicó un cuadro resumen de incumplimiento de condiciones de habilitación y las sometió a un plan de mejoramiento, sin aplicar las sanciones. Finalmente Salud Total, y Comfama fueron las empresas con mejores niveles de cumplimiento de los estándares de habilitación y Barrios Unidos de Quibdó y Cafaba, las que presentan los mayores problemas en ese aspecto.

Las condiciones de habilitación del decreto 515 de 2004 para EPS-S, son como se anotan:

Capacidad técnico-administrativa:	Estructura organizacional, afiliación y registro de los afiliados, sistema de información, calidad de los procesos técnico-administrativos y de aseguramiento, comunicación y atención eficiente a los usuarios, liquidación de los contratos de administración, reportes de información, condiciones contractuales y pagos, número mínimo de afiliados exigidos para la operación, mecanismos de participación e intervención de la comunidad.
Capacidad tecnológica y científica:	Manuales de procesos y procedimientos para la planeación y prestación de los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; conformación de la red de prestadores; selección de prestadores y equilibrio contractual; referencia y contrarreferencia de pacientes; prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios; evaluación y seguimiento de los indicadores, metas de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública; administración del riesgo en salud de sus afiliados; suficiencia, integralidad, continuidad, accesibilidad y oportunidad en el servicio.
Capacidad financiera:	Capital o fondo social mínimo, estados financieros certificados y dictaminados, capital mínimo previsto en las disposiciones legales, patrimonio técnico saneado, margen de solvencia en proporción al número de afiliados; reservas, provisiones y operaciones financieras y de inversiones.

El Decreto 3556 de 2008 modifica el Decreto 515 de 2004 en lo relacionado con objeto, condiciones de capacidad financiera, capacidad financiera y revocatoria de la habilitación, blindándose enfrente de la revocatoria que hubo de hacerse ya que de las 15 EPS-S a las que se les retiró la licencia de funcionamiento en 2007, 13 impugnaron exitosamente la decisión.

Para las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas (componente del SOGC para estas entidades) solo se han fijado las condiciones financieras y de solvencia, acorde con su función de aseguradoras, mediante los decretos 574 y 1698 de 2007 (separados por mes y medio, el segundo modifica al primero, por los requerimientos de las EPS-C). El Decreto 2353 de 2008 nuevamente modifica el Decreto 574 de 2007.

3.5.4 Auditoría, información y acreditación en el SOGC

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud consiste en la evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos prioritarios. Es un mecanismo de aseguramiento de los procesos de mejoramiento desplegados.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios, la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada (definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas) y la adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas y a mantener las condiciones de mejora.

Los programas de auditoría deben ser concordantes con los estándares de acreditación y ser superiores al Sistema Único de Habilitación.

Los niveles de operación de la auditoría son autocontrol, auditoría interna y auditoría externa (hecha por un ente externo o por los contratantes). La Auditoría se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones: preventivas, de seguimiento y coyunturales (identificación de eventos adversos – intervenciones - solución/ prevención).

Los PSS deben garantizar a los usuarios acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia, continuidad de la atención y satisfacción. Las EAPB deben contar con niveles de calidad según normatividad y las ET deben brindar asesoría a PSS y EAPB y hacer la auditoría cuando obran como contratantes. Los PSS deben establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que comprenda como mínimo la autoevaluación del proceso de atención de salud y atención al usuario.

Sistema de información para la calidad

El Sistema de información para la Calidad, a través de la monitoría de indicadores de calidad y de la vigilancia de eventos adversos trazadores, genera información para la gestión de la calidad en las instituciones y del sistema y para la difusión de información a usuarios que sirva de vehículo para estimular la gestión mediante incentivos. Estos incentivos pueden ser normativos (sistema único de habilitación, permiso de apertura, cierre, sanción por incumplimiento), de prestigio (sistema único de

acreditación, ranking de IPS y EAPB, información a usuarios), económicos (declaración de “zonas francas”, condonación de préstamos a instituciones del estado) o académicos (categoría de “hospital universitario”).

El sistema de información para la calidad tiene como principios la gradualidad, la sencillez, la focalización, la validez y confiabilidad, la participación y la eficiencia. Procura brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios al momento de ejercer los derechos contemplados en el SGSSS.

Cuadro No. 32. ***Indicadores Sistema de información para la Calidad***

Dominio	IPS	EAPB
1. Accesibilidad – Oportunidad	(1) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General (2) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada (3) Proporción de cancelación de cirugía programada (4) Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias (5) Oportunidad en la atención en servicios de Imaginología (6) Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General (7) Oportunidad en la realización de cirugía programada	(1) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General (2) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada (3) Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S (4) Oportunidad de Entrega de Medicamentos POS (5) Oportunidad en la realización de cirugía programada (6) Oportunidad en la asignación de cita en consulta de Odontología General (7) Oportunidad en la atención en servicios de Imaginología (8) Oportunidad de la referencia en la EAPB
2. Calidad Técnica	(1) Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados (2) Proporción Hipertensión Arterial Controlada	(1) Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año (2) Oportunidad en la detección de Cáncer de Cuello Uterino
3. Gerencia del Riesgo	(1) Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas (2) Tasa de Infección Intrahospitalaria (3) Proporción de Vigilancia de Eventos adversos	(1) Tasa de mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo (2) Razón de Mortalidad Materna
4. Satisfacción - Lealtad	(1) Tasa de Satisfacción Global	(1) Tasa de Satisfacción Global (2) Proporción de quejas resueltas antes de 15 días (3) Tasa de Traslados desde la EAPB

Cuadro No. 33. ***Comparativo del comportamiento de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad 2006-2007***

DOMINIO	EAPB	Régimen subsidiado		Régimen contributivo		Medicina prepagada	
		2006	2007	2006	2007	2006	2007
1. Accesibilidad/ oportunidad	(E.1.1.) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General	1,4	2,5	3,4	3,1	1,3	2,1
	(E.1.2.1) Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina interna	6,4	7,6	9,7	13,6	4,4	5,6
	(E.1.2.2) Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de ginecobstetricia	3,5	5,6	8,6	8,2	4,2	5
	(E.1.2.3) Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de pediatría (E.1.2.3) Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de pediatría	4,2	5,8	5,5	6,1	2,9	4,6
	(E.1.2.4) Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de cirugía general	5,2	8,3	7,3	7,7	5,2	3,6
	(E.1.3.0) Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POSS	3,8	21,5	83,5	568,8	12,4	24,7
	(E.1.4.0) Oportunidad de entrega de medicamentos POS	95,7	96,9	97,3	96,3	98	97,1
	(E.1.5.0) Oportunidad en la realización de cirugía programada	5,8	9,6	19,8	27,6	16,2	14,9
	(E.1.6.0) Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de odontología general	3,4	3,6	5,9	5,8	3	3,9
	(E.1.7.0) Oportunidad en la atención en servicios de imaginología	1,5	2,3	4,4	5,3	2,3	3,3

DOMINIO	EAPB	Régimen subsidiado		Régimen contributivo		Medicina prepagada	
		2006	2007	2006	2007	2006	2007
	(E.1.8.0) Oportunidad de la referencia en la EPS, ARS, CCF, EA, MP	6,6	10,1	3,5	54,4	2	1,7
2. Calidad técnica	(E.2.1.0) Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	60,1	66	77,8	72,7	85,2	78,6
	(E.2.2.0) Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	59,2	51,5	77,4	82	70,2	89,8
3. Gerencia del riesgo	(E.3.1.1) Tasa de mortalidad por neumonía en mayores de 65 años	11,6	0,48	0,1	0,26	0,5	0,3
	(E.3.1.2) Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años	0,2	0,2	0,1	0,18		
	(E.3.2.0) Razón de mortalidad materna	296	135,2	87,8	48,8	558,1	37,8
4. Satisfacción/ lealtad	(E.4.1.0) Tasa de satisfacción global	87,9	91,2	87,6	88,7	94,4	93,1
	(E.4.2.0) Proporción de quejas resueltas antes de 15 días	84,3	79,7	82	78,9	89,1	94
	(E.4.3.0) Tasa de traslados desde la EPS, ARS, CCF, EA, MP	7,9	0,32	0,8	1,8	27,7	1,5

Fuente: www.consultorsalud.com - Expertos en Seguridad Social y Salud (Consultado: Abril de 2009)

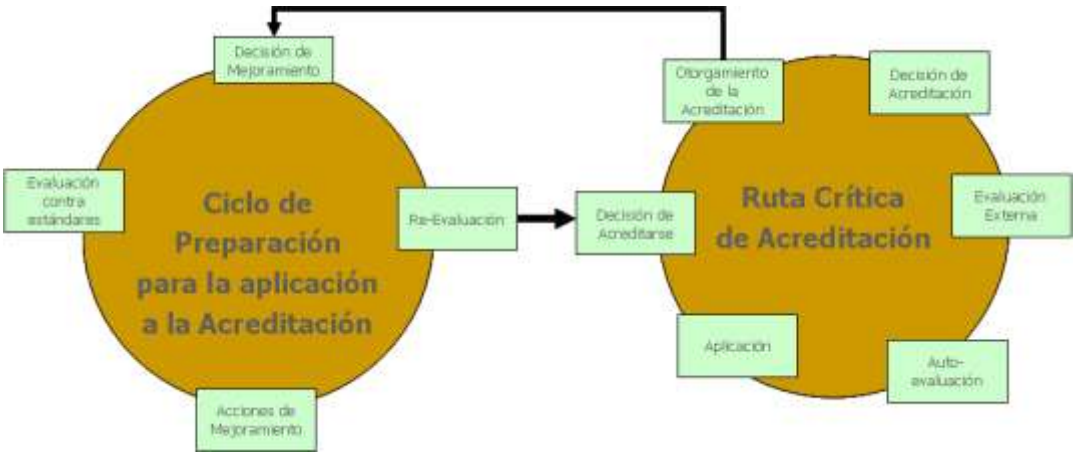
Sistema Único de Acreditación

El Sistema Único de Acreditación, a través del mejoramiento contra los estándares de acreditación (centrados en el paciente, superiores e incrementales en el tiempo), busca incrementar la capacidad organizacional para impactar en eficiencia y efectividad del sistema y en el desempeño del SGSSS en su conjunto

El Manual de Estándares del Sistema Único de Acreditación es elaborado y propuesto por la Unidad Sectorial de Normalización en Salud. Esta es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el ministerio de comercio, industria y turismo y creada por el Ministerio de la Protección Social. Busca estar acorde con los Estándares ISQua y el Anexo 3 de la Organización Mundial del Comercio y sigue los procesos de funcionamiento y control que implementa el Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología. A través del organismo se establecen los estándares voluntarios (acreditación) y se proponen los obligatorios (habilitación) del SOGC y otras normas técnicas de interés para el sector salud.

La Acreditación en Salud es una metodología de larga trayectoria en el mundo, altamente evolucionada, con presencia en más de 100 países y con reconocimiento internacional en el sector salud. El Proceso Internacional de Acreditación evalúa periódicamente los países y expide certificado internacional de acreditación al ente acreditador y a los estándares de acreditación en salud.

Gráfico No 22. Ciclo de la acreditación

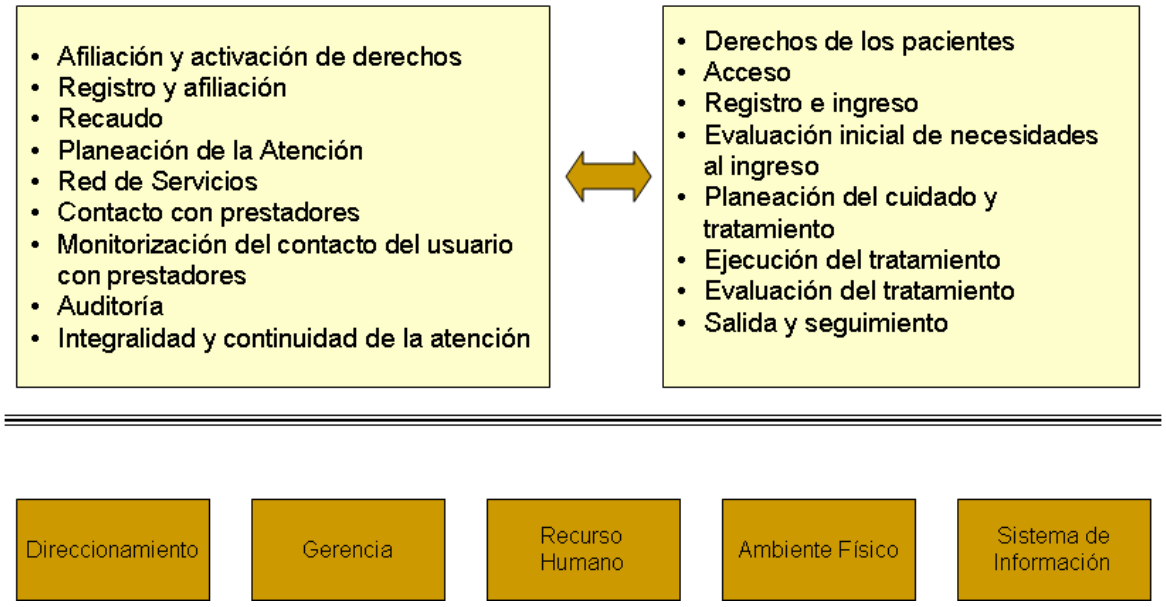


Fuente: Ministerio de la Protección Social

Estructura del "Manual de Acreditación":

- Grupos de estándares (propósito, estándares individuales, estándares de mejoramiento)
- Grupos de Estándares Asistenciales
- Grupos Funciones de Apoyo

Gráfico No 23. Ciclo de la acreditación



Fuente: Ministerio de la Protección Social

El decreto 4747 de 2007 establece que las EPS que tengan afiliados en el área de influencia de una IPS acreditada en salud, deben privilegian su inclusión en la red de prestación de servicios para lo cual suscribirán los acuerdos de voluntades correspondientes, siempre y cuando la institución acreditada lo acepte.

SEGUNDA PARTE:
INTEGRANTES DEL SGSSS

El artículo 155 de la Ley 100 de 1993 plantea que el Sistema General de Seguridad Social en Salud está integrado por siete componentes, que tras las reformas y los aportes desplegados por la normatividad concordante y su reglamentación se podrían resumir en cuatro:

1. **ORGANISMOS DE DIRECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL:**

   Ministerio de la Protección Social y sus entidades de salud adscritas y vinculadas

2. **ORGANISMOS DE ADMINISTRACIÓN Y FINANCIACIÓN DEL SGSSS:**
   a. Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA
   b. Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB
   c. Direcciones Territoriales de Salud - DTS
3. **PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PSS:**
   a. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS
      - IPS públicas: Empresas Sociales del Estado - ESE
      - IPS privadas
   b. Profesionales Independientes de Salud - PI
   c. Servicios de Transporte Especial de Pacientes - TEP

d. Grupos de práctica profesional - GPP que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud

4. USUARIOS DEL SGSSS:

a. Empleadores

b. Trabajadores, trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo, pensionados y organizaciones conformadas por estos grupos

c. Beneficiarios del SGSSS en todas sus modalidades

d. Organizaciones de participación social y comunitaria en salud

4. ORGANISMOS NACIONALES DE DIRECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL[57]

La Ley 100 de 1993 define como organismos de inspección, vigilancia y control al ministerio de salud, la Superintendencia Nacional de Salud - SNS y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS. A su vez, el Decreto 1152 de 1999 reestructura el Ministerio de Salud como organismo de dirección (único) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con sus entidades adscritas y vinculadas, lo cual es reorganizado mediante Decreto 205 de 2004 "Por el cual se determinan los objetivos, la estructura orgánica y las funciones del Ministerio de la Protección Social y se dictan otras disposiciones".

Las fuentes de financiación del ministerio y sus entidades adscritas y vinculadas son dadas fundamentalmente por las partidas que se le asignen en el Presupuesto Nacional, así como por créditos internos y externos, recaudos por venta de servicios y recursos o bienes que obtenga a cualquier título, dentro del marco de las normas vigentes, como es el caso de la partida del 0,2% que los municipios y distritos destinan de los recursos del régimen subsidiado a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales (artículo 13 de la Ley 1122 de 2007).

[57] La información que se presenta sobre el Ministerio de la Protección Social – MPS y sus entidades adscritas y vinculadas proviene fundamentalmente de las páginas web de cada entidad y de las normas vigentes en cada materia y otros aspectos relevantes provienen de estudios y publicaciones que son puntualmente detallados

4.1 Ministerio de la Protección Social (MPS)

El Ministerio de la Protección Social es por excelencia un ente regulador y fija normas y directrices en materia de Protección Social.

Marco normativo

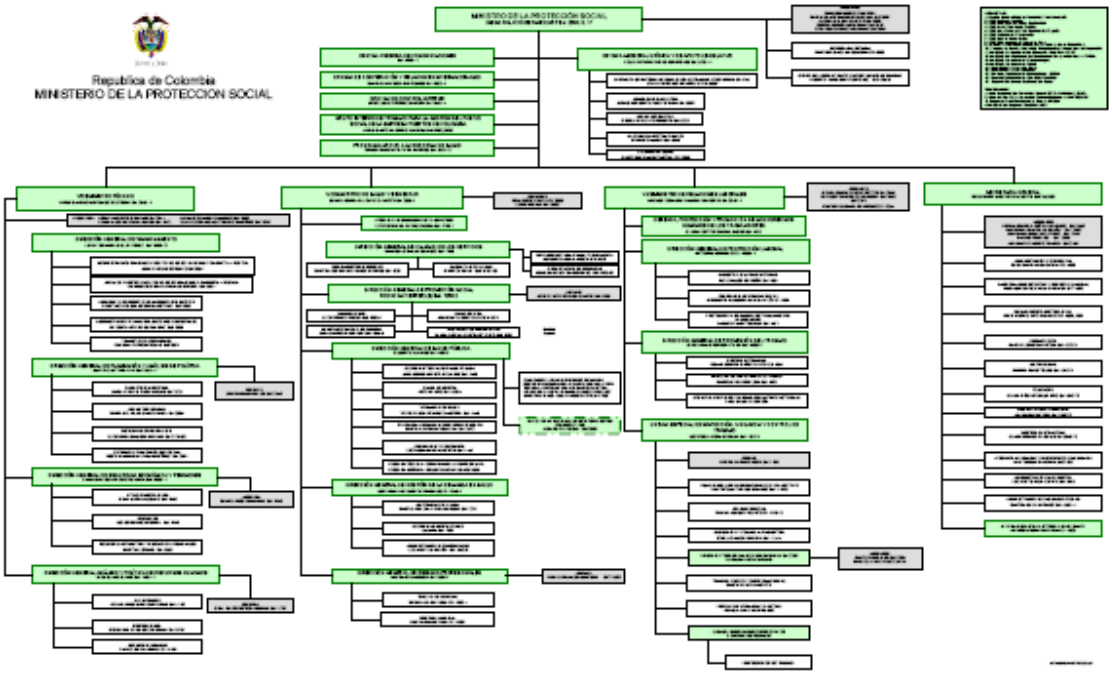
- Ley 789 de 2002: Adopta el modelo de Manejo Social de Riesgo MSR y se establece el Sistema de la Protección Social SPS en Colombia[58]
- Ley 790 de 2002: Fusionó el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud, conformando el Ministerio de la Protección Social con la responsabilidad de formular, dirigir y coordinar la política social del Gobierno Nacional en las áreas de empleo, trabajo, nutrición, protección y desarrollo de la familia, previsión y Seguridad Social Integral
- Decreto 205 de 2003: Determina los objetivos y la estructura orgánica del ministerio, según lo cual el SPS integra en su operación el conjunto de obligaciones; instituciones públicas, privadas y mixtas; normas; procedimientos y recursos públicos y privados destinados a prevenir, mitigar y superar los riesgos que afectan la calidad de vida de la población e incorpora entre otros al Sistema General de Seguridad Social Integral.

Funciones y objetivos del MPS

El Ministerio de la Protección Social tiene como objetivos primordiales la formulación, adopción, dirección, coordinación, ejecución, control y seguimiento del Sistema de la Protección Social, establecido en la Ley 789 de 2002, dentro de las directrices generales de la ley, los planes de desarrollo y los lineamientos del Gobierno Nacional.

[58] Véase capítulo 2.6 "Sistema de Protección Social –SPS" (páginas 129 y ss)

Gráfico No 24. Organigrama del Ministerio de la Protección Social



Fuente: Ministerio de la Protección Social. Página web

El Sistema de la Protección Social integra en su operación el conjunto de obligaciones; instituciones públicas, privadas y mixtas; normas; procedimientos y recursos públicos y privados destinados a prevenir, mitigar y superar los riesgos que afectan la calidad de vida de la población e incorpora el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, el Sistema General de Seguridad Social Integral y los específicamente asignados al Ministerio.

Viceministerio de salud y bienestar

Como se observa en el organigrama, el sector salud en Colombia está en cabeza del viceministerio de salud y bienestar, a cargo de las políticas y estrategias para prevención, mitigación y superación de los riesgos que afectan a los individuos, las familias y la sociedad que incidan en su salud y la calidad de vida, que a su vez comprende cinco direcciones generales.

La dirección general de calidad de servicios se ocupa de impulsar y coordinar el desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de salud SOGC en sus componentes de habilitación, auditoría (en coordinación con las entidades territoriales), acreditación, e información para la calidad, y demás funciones relacionadas con la *oferta de servicios de salud* como asistencia técnica y operación de redes de servicios.

La dirección general de gestión de la demanda en salud se ocupa a su vez de aspectos como compra-venta de servicios de salud, aseguramiento, cobertura o planes de beneficios.

La dirección general de salud pública se ocupa de definir políticas, planes, programas y procedimientos para la prevención, detección e intervención de los riesgos para la salud y la generación de factores protectores que conlleven un mejoramiento de la calidad de vida y promuevan la salud, en particular en aspectos como vigilancia en salud pública, planes de salud pública en los diferentes ámbitos, vacunación o funciones sanitarias.

Asimismo, el MPS tiene entre los fondos especiales sin personería jurídica como sistemas de cuentas al Fondo de Solidaridad y Garantía[59].

Entidades vinculadas al MPS

Las entidades vinculadas directamente al MPS son cinco, como se enumeran a continuación.

- Empresa Territorial para la Salud, ETESA[60]
- Caja de Previsión Social de Comunicaciones, CAPRECOM
- Instituto de Seguros Sociales, ISS
- Colpensiones (en creación)

La Caja de Previsión Social de Comunicaciones CAPRECOM es una Empresa Industrial y Comercial del Estado y es la única EPS-S nacional de carácter público.

El ISS pierde su licencia de funcionamiento como EPS-C en 2007. En el negocio público de pensiones, la Ley 1151 (Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010) crea Colpensiones, administradora

[59] Véase el capítulo 5.1 "Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)" (página 257)
[60] Véase la sección 5.4.2 "Monopolios Rentísticos" (página 304)

del régimen de prima media con prestación definida que reúne el negocio de Cajanal, Caprecom y el ISS. El ISS, entonces, mantiene su negocio como Administradora de Riesgos Profesionales ARP

Entidades adscritas al MPS

Existen unas entidades adscritas al MPS que no cumplen con funciones que estén relacionadas estrictamente con el sector salud, y son:

- Superintendencia del Subsidio Familiar
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF
- Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA
- Fondo de Previsión Social del Congreso de la República
- Fondo del Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia
- Caja de Previsión Social de la Superintendencia Bancaria- CAPRESUB (en liquidación)

A su vez, las entidades adscritas al MPS relacionadas con el sector salud se pueden clasificar en dos tipos: Las que cumplen funciones de dirección, vigilancia y control y las que cumplen con funciones de prestación de servicios de salud. Éstas últimas serán solamente enunciadas.

Las entidades adscritas al MPS relacionadas con el sector salud que cumplen funciones de dirección, vigilancia y control son cinco (decreto 205 de 2003 y Ley 1122 de 2007), como se observa en el cuadro:

Entidad adscrita al MPS[61]	Función
Comisión de Regulación en Salud CRES	Regulación SGSSS
Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS	Asesoría CRES y MPS

[61] En las sucesivas secciones de este mismo capítulo se desarrollará lo relativo al funcionamiento de estas entidades

Entidad adscrita al MPS[61]	Función
Superintendencia Nacional de Salud SNS	Sistema de inspección, vigilancia y control - IVC del SGSSS
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA	Autoridad Sanitaria Nacional – ASN
Instituto Nacional de Salud INS	Sistema de vigilancia y control en salud pública – SVCSP

Las entidades adscritas al MPS con funciones de prestación de servicios de salud son las Empresas Social del Estado ESE del orden nacional y se desprenden tanto del decreto 205 de 2003 como en el Decreto 1750 de junio 26 de 2003 en el que el Instituto de Seguros Sociales ISS escinde su red propia, conformada por 234 centros de Atención Ambulatoria (CAA) y 37 clínicas en todo el país, y las traslada a las nuevas ESE, de carácter nacional. Estas son las ESE nacionales:

- Instituto Nacional de Cancerología
- Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta
- Sanatorio de Agua de Dios
- Sanatorio de Contratación
- ESE regionales [ex-ISS], ya liquidadas

4.2 Entidades adscritas al MPS en salud

4.2.1 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS

El artículo 171 de la Ley 100 de 1993 crea el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS, como organismo de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de carácter permanente, conformado por 14 miembros con voz y voto, de origen gubernamental y no gubernamental (los miembros no gubernamentales son designados a partir de organizaciones mayoritarias, por períodos fijos de dos años).

Representantes CNSSS

El CNSSS es una organización conformada por varios sectores participativos de la sociedad, en total 14 representantes de diferentes esferas: seis del sector gubernamental, ocho no gubernamentales (dos de las empresas y tres del sector salud) y tres representantes de los usuarios, así:

Representantes gubernamentales:	• El Ministro de la Protección Social (Presidente) • Viceministro de salud y bienestar (Secretario Técnico) • Ministro de Hacienda y Crédito Público • Representante legal del Instituto de los Seguros Sociales - ISS • Sendos representantes de las entidades departamentales y municipales de salud.
Representantes de las empresas	• Un representante de la pequeña y mediana empresa y otras formas asociativas (usualmente representado por la Asociación Colombiana de Pequeños Industriales ACOPI) • Un representante de la gran empresa (usualmente representado por la Asociación Nacional de Industriales ANDI o la Federación Nacional de Comerciantes FENALCO)

Representan al sector salud	• Un representante por las EPS (suele ser de la Asociación de entidades de Medicina Integral ACEMI, que agrupa casi todas las EPS-C privadas y a las entidades de medicina prepagada) • Un representante de los Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS (suele ser de la Asociación Colombiana de las Empresas Sociales del Estado - ACESI o el Centro de Gestión Hospitalaria - CGH) • Un representante de los profesionales del área de la salud (elegido por las agremiaciones científicas)
Representantes de los usuarios	• Un representante de los trabajadores (gremios sindicales) • Un representante de los pensionados • Un representante de las asociaciones de usuarios de servicios de salud del sector rural.

Asesores permanentes en representación de:	• Academia Nacional de Medicina • Federación Médica Colombiana – FMC • Asociación Colombiana de Facultades de Medicina – ASCOFAME • Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas – ACHC • Facultades de Salud Pública.

Funciones CNSSS: Lo que quedó

En la exposición de motivos que acompañaría la Ley 1122 de 2007 hasta su aprobación, se argumentaba que el CNSSS al ser integrado por los mismos actores del sector, su visión era cortoplacista y el enfoque de cada miembro, ajustado a conveniencias, siendo un escenario de conflicto de intereses. También se argumento que el CNSSS era un consejo demasiado grande, había una fuerte preeminencia de la posición del gobierno, no contaba con sistema de información y

no jugó el papel de regulación que le correspondía. Esta opinión distaba mucho de lo que pretendía el proyecto de reforma que finalmente se había hundido el año anterior, que pretendía fortalecer este organismo, cambiando a un representante de gobernadores y alcaldes en vez de sus secretarios de salud; agregando al representante de las EPS-C uno de las EPS-S; sumando al representante de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud IPS privadas uno de las Empresas Sociales del Estado ESE, disminuyendo de dos a uno los representantes de los empleadores y adicionando un representante de las defensorías del paciente.

Con base en estas razones, finalmente, la reforma implicó que el CNSSS tendrá carácter de asesor y consultor de MPS y CRES y, como se verá en el siguiente apartado, le quedan las funciones de: Fijar los criterios de selección de beneficiarios al régimen subsidiado, proponer medidas para evitar la selección adversa, reglamentar los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y presentar un informe anual al Congreso.

4.2.2 Comisión de Regulación en Salud CRES

Casi colindando con la aprobación en plenaria del proyecto de Ley de reordenamiento del SGSSS, algunos miembros de la bancada de gobierno planteaban la inconveniencia de mantener al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS con las atribuciones que hasta el momento había tenido y delegarlas casi todas en una Comisión de Regulación en Salud – CRES, como finalmente se aprobó.

Conformación de la CRES

Finalmente, la Comisión de Regulación en Salud CRES fue creada por Ley 1122 de 2007 como una unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al MPS.

Los integrantes de la CRES son el ministro de la Protección Social, quien la preside, el ministro de Hacienda y Crédito Público y cinco Comisionados expertos designados por el Presidente de la República de ternas enviadas por estas entidades:

- Asociación Colombiana de Universidades
- Centros de investigación en salud

- Centros de investigación en economía de la salud
- Asociaciones de profesionales de la salud
- Asociaciones de usuarios debidamente organizados

Estos comisionados expertos son elegidos de una terna de una lista de elegibles conformada mediante concurso público de méritos para períodos individuales de tres (3) años reelegibles una vez y deben contar con dedicación exclusiva. El Decreto 227 de 2008 "reglamenta el proceso para adelantar la designación de los comisionados expertos que formaran parte de la Comisión de Regulación en Salud".

La CRES tiene también una Secretaría Técnica, designada por el ministro, que apoya estudios técnicos que soporten las decisiones del organismo.

La financiación de la CRES proviene de recursos del FOSYGA y se destina a remuneración de los comisionados y la secretaria técnica y los costos de los estudios técnicos necesarios.

CRES vs. CNSSS

Es importante anotar que la CRES fue creada por la Ley 1122 de 2007, en parte desplazando al CNSSS, por lo cual su comparación es, actualmente, significativa. En una serie de paralelos hechos por Jairo Humberto Restrepo Zea (GES – CIE – U. de A.) a partir de la promulgación de esta norma se tiene lo siguiente:

Cuadro No. 34. ***Comparativo entre CNSSS y CRES***

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS	Comisión de Regulación en Salud CRES
• Creado por la Ley 100 como organismo de dirección	• Creada por Ley 1122 como unidad administrativa especial
• Adscrito MPS	• Adscrito MPS
• No tiene personalidad propia ni patrimonio	• Personería jurídica, autonomía

(autonomía restringida) • Representatividad de sectores del sistema • 14 miembros con voz y voto, de origen gubernamental y no gubernamental. Los miembros no gubernamentales son designados a partir de organizaciones mayoritarias, por períodos fijos de dos años • Secretario técnico es funcionario del MPS • Asesores permanentes e invitados • No tiene presupuesto	administrativa, técnica y patrimonial • Conformada por expertos • 7 miembros: 2 ministros y 5 expertos (maestría + 10 años de experiencia), designados por períodos de tres años a partir de méritos y consultando a ciertas entidades • Secretaría técnica propia • Asesor y consultor: CNSSS • Presupuesto con recursos del FOSYGA

Fuente: Jairo Humberto Restrepo Zea GES-CIE-U. de A.

Funciones CRES

En cuanto a las funciones, es evidente que la CRES ha entrado a remplazar al CNSSS. En el siguiente cuadro, basado también en Restrepo Zea, se observa con tachado las funciones perdidas por el CNSSS y las que fueron asumidas por la CRES, así:

Cuadro No. 35. ***Comparativo funciones CNSSS y CRES***

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS	Comisión de Regulación en Salud CRES
~~POS-C y POS-S~~	POS-C y POS-S
~~Monto de cotización~~ (inexequible)	
~~Valor UPC y UPC-S~~	Valor UPC, UPC-S y UPC-S parcial
~~Medicamentos esenciales y genéricos del POS~~	Medicamentos esenciales y genéricos del POS

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS	Comisión de Regulación en Salud CRES
Criterios de selección de beneficiarios RS ~~El régimen de pagos compartidos~~ ~~El régimen para el pago de incapacidades~~ Medidas para evitar la selección adversa [¿se refiere a la selección de riesgos?]	 El régimen de pagos compartidos El régimen para el pago de incapacidades
Además: ~~Recomendar criterios para establecer tarifas de servicios por IPS en ECAT y urgencias~~ Reglamentar los Consejos Territoriales ~~Consejo de Administración del FOSYGA~~ Presentar informe anual al Congreso	Además: Establecer sistema de tarifas, con un manual de tarifas mínimas, revisado cada año, incluyendo honorarios profesionales Presentar informe anual al Congreso Recomendar proyectos de Ley o decretos

Fuente: Jairo Humberto Restrepo Zea GES-CIE-U. de A.

Las funciones de Consejo de Administración del FOSYGA fueron transferidas del CNSSS al MPS.

En casos excepcionales, motivados por situaciones de emergencia sanitaria el MPS asumirá temporalmente las funciones de la CRES.

4.2.3 Superintendencia Nacional de Salud - SNS

Historia

La Superintendencia Nacional de Salud fue creada en el año de 1977 para el control y una eficiente vigilancia de la administración de los servicios y prestaciones de la salud, correspondiente a los Seguros Sociales obligatorios, mediante los Decretos Leyes 1650 y 1700 de 1977, posteriormente reglamentados por Decreto 776 de 1978.

Doce años más tarde, la Ley 15 de 1989 dispone la reestructuración de la entidad, y se le denomina Superintendencia Nacional de Salud, nombre que conserva hasta hoy. Esta Ley le otorga nuevas funciones de control inspección y vigilancia sobre las entidades públicas ó privadas que presten servicios de salud, y la establece como organismo adscrito al Ministerio de Salud, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente. La Ley 10 de 1990 la integra al Sistema Nacional de Salud. El Decreto Ley 2165 de 1992 determina su estructura y funciones.

La Ley 100 de 1993, que crea el Sistema General de Seguridad Social Integral, confiere en su artículo 248 numeral 2, facultades extraordinarias al Presidente de la República para modificar la estructura y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud, con el propósito de efectuar las adecuaciones necesarias para dar cumplimiento a las disposiciones de la Ley 100, expidiéndose en ejercicio de dichas facultades el Decreto Ley 1259 de 1994, que señala a la entidad como órgano de carácter técnico, adscrito al Ministerio de Salud, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente. La Resolución 1320 de 1996, distribuyó y reasignó competencias en sus dependencias. Y el Decreto 452 de 2000 modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud.

Pero es la Ley 1122 de 2007 la que reglamenta y fortalece la Superintendencia Nacional de Salud mediante la creación del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control – IVC del SGSS y, en consonancia, el Decreto 1018 de 2007 modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud.

Estructura de la SNS

1 Despacho del Superintendente

1.1 Oficina Asesora Jurídica

1.2 Oficina Asesora de Planeación

1.3 Oficina de Control Interno

1.4 Oficina de Tecnología de la Información

2 Secretaría General

3 Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para Salud

3.1 Dirección General para la inspección y vigilancia de los Generadores de Recursos de Salud

3.2 Dirección General para la inspección y vigilancia de los Administradores de Recursos de Salud

4 Superintendencia Delegada para la Atención en Salud

4.1 Dirección General de Calidad y de Prestación de Servicios de Salud

4.2 Dirección General de Aseguramiento

5 Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana

6 Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales

7 Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación

8 Órganos de Asesoría y Coordinación

8.1Comité de Coordinación de Control Interno

Sistema de Inspección, Vigilancia y Control – IVC del SGSS

El Sistema de Inspección, Vigilancia y Control - IVC es un conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud SNS, sin perjuicio de las funciones a cargo del Instituto Nacional de Salud INS y el INVIMA.

Inspección:	Conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del SGSSS para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual de las vigiladas por la SNS la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud, los recursos y la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica del SGSSS
Vigilancia:	Atribución de la SNS para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades sujetos de vigilancia cumplan con normas que regulan el SGSSS en lo relativo a financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás aspectos del SGSSS
Control:	Atribución de la SNS para ordenar los correctivos tendientes a superación de la situación crítica o irregular de sus vigilados (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión

Los ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control – IVC son siete:

Financiamiento:	Vigilar eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos
Aseguramiento:	Vigilar el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud
Prestación de servicios de atención en salud pública:	Vigilar que prestación individual y colectiva (en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, estándares de calidad
Atención al usuario y participación social:	Garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios y los deberes de los diferentes actores en el SGSSS, así como promocionar y desarrollar mecanismos de participación ciudadana y protección al usuario

Acciones y medidas especiales:	Adelantar procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar tanto a las EPS o PSS, como a las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud (ver ETESA y ECPD), e intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. La SNS interviene en las liquidaciones voluntarias, para vigilar los derechos de afiliados y los recursos, y la revocatoria de certificado de autorización o funcionamiento de EPS
Información:	Vigilar que los actores del SGSSS garanticen producción de datos con calidad, oportunidad, cobertura, fluidez, pertinencia y transparencia
Focalización de los subsidios en salud:	Vigilar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales

Funciones de inspección, vigilancia y control de la SNS

La Superintendencia Nacional de Salud debe cumplir un largo listado de 45 funciones para velar por el cumplimiento de las normas constitucionales, legales y las demás disposiciones vigentes sobre los actores del SGSSS en concurrencia con los organismos de control competentes, mismas que tratarán de ser resumidas de manera tan breve y suficiente como sea posible en este espacio.

Funciones de inspección, vigilancia y control	• Conjunto de personas y entidades públicas, privadas o mixtas que cumplan funciones de aseguramiento, administración o prestación de servicios en relación con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud - SOGC • Generación y flujo de recursos financieros del sector (Transferencias, Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT o cualquiera sea su origen) y el flujo de los recursos hacia los diferentes actores

	para la adecuada prestación con calidad de los servicios de salud • Garantizar la efectiva explotación de los monopolios rentísticos, generadores de recursos con destino a la salud • Cumplimiento de las funciones y competencias de Inspección, vigilancia y control atribuidas a las Direcciones Territoriales de Salud • Sistema de atención integral al usuario, que permita su adecuada información, oportuna atención de quejas y reclamos y la solución alterna de conflictos de acuerdo con la ley • Fortalecimiento efectivo de los mecanismos de control social sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud • Aseguramiento en salud, para garantizar la adecuada afiliación, carnetización, acceso a los servicios de salud, información y reconocimiento de los derechos de los usuarios • Publicar u ordenar la publicación de los estados financieros, indicadores de desempeño, e informes de gestión de las entidades sometidas a su control, de suerte que les facilite a los usuarios elementos de juicio claros y objetivos para escoger las mejores opciones del mercado • Solicitar informes de revisoría fiscal, control interno, auditorías y demás, para la realización de un control integral al sector • Coadyuvar al desarrollo de un sistema de información único para identificar situaciones de evasión, elusión y riesgo financiero del sector salud y establecer un sistema de indicadores que permita la evaluación de los vigilados, la identificación de situaciones de riesgo y la toma de correctivos para garantizar la calidad de la atención en salud • Ejecución de los recursos asignados a salud pública en el orden municipal, departamental y nacional

	• Autorizar el funcionamiento de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, en concordancia con la normatividad vigente • Velar porque se realicen adecuadamente las provisiones en materia previsional y prestacional de las instituciones prestadoras de servicios de salud y las instituciones de utilidad común que contraten con el Estado • Resolver administrativamente las diferencias que se presenten en materia de preexistencias en el sector salud • Efectuar un seguimiento sobre la manera como las entidades vigiladas adoptan las acciones correctivas dispuestas por la Superintendencia Nacional de Salud
Atribuciones sancionatorias de la SNS	• Intervenir técnica o administrativamente, decretar la disolución de las entidades sometidas a su vigilancia y control o proceder a la toma de posesión, cuando a ello hubiere lugar • Ejercer la facultad de ejecutar por jurisdicción coactiva de conformidad con las normas vigentes, las tasas o contribuciones que le correspondan • Dictar órdenes, emitir instrucciones y aplicar las sanciones respectivas, relacionadas a aquellos asuntos que son objeto de su competencia, de acuerdo con las normas legales • Practicar visitas, a los entes vigilados para lo cual podrá utilizar todos los medios de prueba previstos en las normas procedimentales • Interrogar bajo juramento y, dado el caso, exigir comparecencia de acuerdo al Código de Procedimiento Civil, a cualquier persona cuyo testimonio requiera en desarrollo de sus funciones • Practicar visitas, a los entes vigilados para lo cual podrá utilizar todos los medios de prueba previstos en las normas

	procedimentales • Imponer en desarrollo de sus funciones, las siguientes sanciones según la gravedad de la falta: Amonestación escrita; Multas sucesivas graduadas a representantes legales y funcionarios de las entidades vigiladas, entre 100 y 1000 SMDLV (salarios mínimos diarios legales vigentes); y Multas sucesivas a entidades y organismos vigilados hasta por 10000 SMDLV • Sancionar con multas sucesivas hasta de 1000 SMDLV a favor de la subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía a las entidades que incurran en conductas prohibidas • Aplicar procedimentalmente las normas establecidas en el Código Contencioso Administrativo • Decreto 3557 de 2008, reglamenta parcialmente el numeral 42.8 de la Ley 715 de 2001 y establece que la Superintendencia Nacional de Salud asuma todos los procesos de intervención y liquidación de IPS.
Función jurisdiccional de la SNS	• Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del POS cuando su negativa por parte de las aseguradoras ponga en riesgo o amenace la salud del usuario • Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS, cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la EPS para cubrir las obligaciones para con sus usuarios • Conflictos que se susciten en materia de multiafiliación • Conflictos relacionados con libre elección y con la movilidad dentro del SGSSS

Función jurisdiccional de la SNS

La Ley 1122 de 2007 brinda a la SNS la potestad de ejercer funciones especiales de policía judicial y como autoridad de policía administrativa, de conformidad con el artículo 310 del Código de Procedimiento Penal, el Decreto 1355 de 1970 y demás normas, de tal suerte que podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en conflictos que surjan entre actores del SGSSS por problemas que no les permitan atender sus obligaciones. Ello según el artículo 116 de la Constitución: "Excepcionalmente la Ley podrá atribuir función jurisdiccional en materias precisas a determinadas autoridades administrativas".

De tal suerte, la SNS podrá, a petición de una de las partes, conocer y fallar en derecho con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez (cosa juzgada, mérito ejecutivo) procediendo según Ley 446 de 1998, en los siguientes asuntos:

La SNS no podrá conocer asuntos que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal

4.2.4 Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA es un establecimiento público del orden nacional, de carácter científico y tecnológico, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, perteneciente al SGSSS, adscrito al Ministerio de la Protección Social, que trabaja para la protección de la salud individual y colectiva de los colombianos mediante la aplicación de las normas sanitarias relacionadas con los productos de su competencia.

Historia del INVIMA

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA fue creado mediante el artículo 245 de la Ley 100 de 1993 y se reglamenta mediante la expedición del decreto 1290 del 22 de junio de 1994 (modificado por Decreto 2144 de 2008 en lo relacionado con el Consejo Directivo). La estructura interna y funciones del INVIMA están estipulados en el decreto 123 de 1995 y la planta de personal en el decreto 100 de 1995.

El INVIMA inició labores en febrero de 1995 integrado en parte con personal incorporado del Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud - INS. De acuerdo con el Programa de Renovación Administrativa Pública, mediante decreto 211 de 2004, se reestructura el INVIMA y se fijan las funciones de las dependencias que lo integran.

Estructura del INVIMA

Dentro de las actividades misionales del INVIMA se destacan cuatro subdirecciones:

1. Subdirección de medicamentos y productos biológicos
    a. División de regulación y vigilancia de medicamentos
    b. División laboratorio de medicamentos y productos
2. Subdirección de licencias y registros
3. Subdirección de alimentos y bebidas alcohólicas
    a. División de regulación y vigilancia de alimentos y bebidas alcohólicas
    b. División laboratorio de alimentos y bebidas alcohólicas
4. Subdirección de insumos para la salud y productos varios

Funciones del INVIMA

De acuerdo con las funciones conferidas en el Decreto 1290 de 1995 “Por el cual se precisan las funciones del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA y se establece su organización básica” y el artículo 34 de la Ley 1122 de 2007, corresponde al INVIMA ejecutar políticas en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, dispositivos y elementos médico-quirúrgicos, odontológicos, productos naturales, homeopáticos y los generados por biotecnología, reactivos de diagnóstico y otros que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva.

Igualmente el INVIMA es responsable de actuar como institución de referencia nacional y promover el desarrollo científico y tecnológico referido a los productos descritos; adelantar los estudios básicos requeridos, de acuerdo con su competencia y proponer al Ministerio de la Protección Social las bases técnicas que este requiera, para la formulación de políticas y normas, en materia de control de

calidad y vigilancia sanitaria de los productos mencionados y proponer, desarrollar, divulgar y actualizar las normas científicas y técnicas que sean aplicables en los procedimientos de inspección, vigilancia sanitaria, control de calidad, evaluación y sanción; relacionados con los registros sanitarios.

En cumplimiento de sus objetivos el INVIMA realiza, en general, las siguientes funciones de inspección, vigilancia, control, evaluación y sanción sobre los productos bajo su vigilancia (la clasificación de estas funciones es establecida de manera arbitraria por el autor):

Inspección, vigilancia, control sanitario:	• Calidad y seguridad durante todas las actividades asociadas con su producción, importación, comercialización y consumo • Aplicación de las buenas prácticas de manufactura, transporte, almacenamiento y comercialización • Control de calidad, vigilancia sanitaria y de vigilancia epidemiológica de resultados y efectos adversos • Visitas de inspección y control a los establecimientos productores y comercializadores • Autorizar la publicidad que se dirija a promover la comercialización y consumo • Resolver los conflictos que se presenten en desarrollo de las evaluaciones farmacéutica y técnica • Educación sanitaria con los consumidores, expendedores y la población en general, sobre cuidados en el manejo y uso de los productos • Identificar y evaluar infracciones a las normas sanitarias, adelantar las investigaciones y aplicar las medidas de seguridad sanitaria de Ley y las sanciones que sean de su competencia, de conformidad con la Ley 9ª de 1979 y remitir a otras autoridades los demás casos que les correspondan
Investigación y desarrollo:	• Establecer nuevas técnicas de análisis y ejercer funciones como laboratorio nacional de referencia

	• Establecer los estudios requeridos, coordinar con otras entidades especializadas y establecer las bases técnicas para la formulación de políticas y normas científicas y técnicas, así como en la expedición de licencias y registros sanitarios • Promover investigación básica, investigación aplicada y epidemiológica • Acreditar instituciones para la realización de evaluaciones farmacéuticas y técnicas, laboratorios de control de calidad y a la red nacional de laboratorios • Capacitación, actualización asesoría técnica e intercambio de experiencias e innovaciones tecnológicas con la industria y el sector privado en general
Licencias sanitarias:	• Diseño y operación del Sistema Nacional de Registro de los productos • Expedir, renovar, ampliar, modificar y cancelar las licencias sanitarias de funcionamiento y los registros sanitarios • Diseño, operación y actualización del sistema de información referido a las licencias y registros sanitarios en todo el país • Tarifas para la expedición de licencias, registros, certificaciones y demás servicios ofrecidos
Comercio exterior:	• Armonización de las políticas referidas a la vigilancia sanitaria y control de calidad con los países con los cuales Colombia tenga relaciones comerciales • Inspección, vigilancia y control en inocuidad en importación y exportación de productos, aeropuertos y pasos fronterizos
Alimentos:	• Evaluación de factores de riesgo y expedición de medidas sanitarias relacionadas con alimentos y materias primas para la fabricación de los mismos • Inspección, vigilancia y control de producción y procesamiento de alimentos, plantas de beneficio de animales, centros de acopio de leche, plantas de procesamiento de leche y derivados y el transporte asociado a

	estas actividades Complementariamente, corresponde a departamentos, distritos y a los municipios de categorías 1, 2, 3 y especial la vigilancia y control sanitario de la distribución y comercialización de alimentos: establecimientos gastronómicos, transporte asociado • Inspección, vigilancia y control en la inocuidad en la importación y exportación de alimentos y materias primas para la producción de los mismos, en puertos, aeropuertos y pasos fronterizos, sin perjuicio de las competencias que por Ley le corresponden al Instituto Colombiano Agropecuario, ICA • Tecnología de señalización de medicamentos en toda la cadena de distribución para evitar la falsificación, adulteración, vencimiento y contrabando; las entidades territoriales exigirán este requisito
Otras funciones:	El INVIMA abarcará las demás funciones que le asigne la Dirección del Sistema de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de la Protección Social o el Gobierno Nacional. Igualmente, el INVIMA deberá capacitar a las entidades territoriales en la correcta aplicación de normas y procedimientos previstos en materia de vigilancia sanitaria y control de calidad y podrá delegarles algunas de sus funciones de común acuerdo con aquéllas.

4.2.5 Instituto Nacional de Salud INS

El Instituto Nacional de Salud, INS, es un establecimiento público del orden Nacional, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa y financiera, adscrito al Ministerio de la Protección Social, con jurisdicción en todo el territorio nacional. Es integrante del Sistema de Salud y del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología.

Historia del INS

El 24 de enero de 1917 se funda el Laboratorio Samper Martínez. La entidad fue privada en un comienzo. Su proyección lo convirtió pronto en un centro de investigación de producción de insumos para la salud pública. En 1928, el Estado compró el laboratorio y la convirtió en el Laboratorio Nacional de Higiene. En 1962 se fusionó con el Instituto Carlos Finlay para el estudio de la fiebre amarilla, y en 1968 con los laboratorios estatales para la producción de BCG (vacuna antituberculosa), de higiene industrial y de control de productos farmacológicos, todos bajo el nombre de Instituto Nacional de Salud "Samper-Martínez". Con la adición de algunas divisiones del Ministerio de Salud se convirtió en el Instituto Nacional para Programas Especiales de Salud, INPES y en 1975 se constituyó en el Instituto Nacional de Salud, INS más o menos en la forma en que hoy funciona.

En los laboratorios del INS se estudió la viruela y se produjo la vacuna que finalmente llevó a su erradicación. Se arrinconó a la poliomielitis que va por el mismo camino. Se desarrollaron vacunas y biológicos para controlar la rabia, la fiebre amarilla, la difteria, el tétano y la tos ferina. Se produjeron los mejores sueros antiofídicos del continente. Cuando la segunda guerra impidió la importación de la quinina, el INS la produjo. De allí salió en 1952 la primera vacuna colombiana contra la aftosa. Se constituyó en centro de referencia nacional para muchas enfermedades y mundial para algunas: Allí se estudió la fiebre amarilla, se caracterizó la biología de parásitos tropicales americanos, se aisló el primer virus de encefalitis equina venezolana, se estudió la lepra y la tuberculosis hasta llegar a ser una de las tres instituciones de salud más importantes en Latinoamérica. Hace años se viene trabajando en temas desde secuenciación de genes y la preparación artesanal de biológicos a la moderna biotecnología.

La transferencia de responsabilidades relacionadas con la salud pública por parte del MS hacia el INS en 2001 ha contribuido al fortalecimiento del PAI, con las jornadas de vacunación contra meningitis y neumonía, el programa de erradicación del sarampión y las más recientes jornadas masivas que involucran a todos los actores del sistema.

Estructura

Por medio del decreto numero 272 de 2004 se modifica la estructura del Instituto Nacional de Salud - INS y se determinan las funciones de sus dependencias, a solicitud de la propia Junta Directiva del Instituto Nacional de Salud - INS al Gobierno Nacional.

Finalmente, el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 sobre “Plan Nacional de Salud Pública” asigna nuevas funciones al INS.

Dentro de las actividades misionales del INS se destacan cuatro subdirecciones:

1. Subdirección de Investigación.
2. Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública.
3. Subdirección Red Nacional de Laboratorios.
4. Subdirección de Producción.

Objetivos:	• Promover, orientar, ejecutar y coordinar la investigación científica en salud y en biomedicina • Desarrollar, aplicar y transferir ciencia y tecnología en las áreas de su competencia • Actuar como laboratorio de referencia nacional y coordinar técnicamente la red nacional de laboratorios de salud pública, en las áreas de su competencia • Desarrollar, producir y distribuir productos biológicos, químicos, biotecnológicos y reactivos de diagnóstico biomédico

Funciones

De acuerdo a sus objetivos el INS se ocupa de coordinar, ejecutar, dirigir, asesorar en la planeación, desarrollo y coordinación de:

Investigación y divulgación:	• Investigación científica en salud y en biomedicina, de conformidad con las políticas, planes y lineamientos del Ministerio de la Protección Social • Programas y proyectos en investigación científica y desarrollo tecnológico en salud • Estudios e investigación que soporten MPS para decisiones del Plan Nacional de Salud • Formación avanzada y capacitación de personal en las áreas científico-

	técnicas de su competencia
Asesoría en normatividad y políticas públicas:	• Formulación de normas científico-técnicas y procedimientos técnicos en salud • Definir e implementar modelo operativo del Sistema de Vigilancia y Control en Salud Pública (sistemas de información en salud y vigilancia epidemiológica), en coordinación con el Ministerio de la Protección Social, las entidades territoriales y demás órganos • Determinación de políticas, planes y proyectos de investigación científica y desarrollo tecnológico en salud y la formulación de normas y procedimientos • Revisar cada cuatro años con la asesoría del MPS y el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización el plan nacional de inmunizaciones que estructure e integre el esquema de protección específica para la población colombiana en particular los biológicos a ser incluidos
Vigilancia y control:	• Supervisar la red nacional de laboratorios, bancos de sangre y componentes anatómicos, procurarle transferencia de tecnología y de asistencia técnica y servir como laboratorio nacional de salud y de referencia • Producir directa o indirectamente reactivos, biomodelos, productos biológicos, químicos, farmacéuticos y biotecnológicos, reactivos y medios de cultivo e insumos críticos necesarios para los programas prioritarios de vigilancia y control en salud pública

5. ORGANISMOS DE ADMINISTRACIÓN Y FINANCIACIÓN

Son organismos de administración y financiación del SGSSS:

- **Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)**
- **Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)**
- **Direcciones Territoriales de Salud DTS**

5.1 Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)

De acuerdo con lo establecido en el artículo 218 de la Ley 100 de 1993, el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia.

La Estructura del FOSYGA consta de cuatro subcuentas[62]:

a. De compensación interna del régimen contributivo
b. De solidaridad del régimen de subsidios en salud.
c. De promoción de la salud.
d. Riesgos [Eventos] Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT)

El Decreto 1283 de 1996 reglamenta el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía y establece que los recursos del FOSYGA se manejan de manera independiente dentro de cada subcuenta y se destinaran exclusivamente a las finalidades consagradas para ellas en la ley, de conformidad con lo establecido en el artículo 48 de la Constitución. Los intereses y rendimientos

[62] Se tratará de las tres primeras subcuentas en esta sección, y de la subcuenta del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT) en la siguiente ya que es prácticamente un subsistema aparte de la seguridad social en salud y representa de por sí un plan de beneficios con características propias.

financieros que produzca cada una de ellas se incorporarán a la respectiva subcuenta, previo el cumplimiento de las normas presupuéstales que sean aplicables a cada una de ellas.

El Ministerio de la Protección Social, mediante Resolución 004106 de 2005, adjudicó la licitación pública MPS-07-2005 para la administración de los recursos del FOSYGA por cinco años (hasta diciembre 16 de 2010) al consorcio FIDUFOSYGA 2005, integrado por Fiducolombia S.A., Fiduprevisora S.A., Fiduagraria S.A., Fiducafe S.A., Fidubogotá S.A., Fiduoccidente S.A., Fiduciaria Popular S.A., Fiducomercio S.A., y Fiducoldex S.A.

La Ley 1122 de 2007 establece que el Ministerio de la Protección Social ejerce las funciones propias del Consejo de Administración del FOSYGA.

El Estatuto Orgánico del Presupuesto, Decreto 111 de 1996, establece en el artículo 123, que "los recursos que se producen a favor del Fondo de Solidaridad y Garantía en desarrollo del mecanismo de compensación y promoción de que trata el artículo 220 de la Ley 100 de 1993, no se constituirán en sujeto de obligación de incluirse en el Presupuesto General de la Nación".Estas citas se encuentra encabezando los considerandos de todos los Acuerdos referentes a Presupuesto de FOSYGA.

Distribución de la contribución obrero-patronal[63]

Tres de las cuatro subcuentas de FOSYGA (compensación, solidaridad y promoción de la salud) reciben recursos de la contribución obrero-patronal definida por Ley 1122 de 2007, que corresponde a un 12,5% sobre el ingreso base de cotización de los empleados vinculados laboralmente y los pensionados, así como los recursos que ingresan por cuenta de los cotizantes dependientes

Para los trabajadores dependientes la cotización mínima es de un Salario Mínimo Mensual Legal Vigente (1 SMMLV), mientras que para los trabajadores independientes quedó inicialmente sobre dos salarios mínimos, aunque posteriormente se homologó también la cotización mínima sobre 1 SMMLV, según fallo del Consejo de Estado 3403-02 del 19 de agosto de 2004.

La distribución de los recursos de la contribución obrero-patronal es así:

Solidaridad: 1,5 puntos porcentuales son girados a la subcuenta de solidaridad (Ley 1122 de 2007), como un aporte de quienes reciben ingresos a quienes pertenecen al régimen subsidiado.

---

[63] Véase el capítulo 3.2 "Unidad de Pago por Capitación UPC" (página 169)

Promoción de la salud: La Ley 100 de 1993 prevé que debe girarse hasta un punto porcentual a la subcuenta de promoción de la salud o utilizados por las EPS previa autorización de Minsalud. Este valor es ajustado cada año por el mismo acuerdo que rige el ajuste de la UPC (actualmente lo hace la CRES, y hasta 2007 el CNSSS). Ese valor fue fijado en un principio en 0,5 puntos porcentuales y desde 2001 hasta ahora se ha fijado en 0,41 puntos porcentuales (excepto en 2004 cuando este valor fue llevado a 0,3 puntos porcentuales). Dentro de este porcentaje está establecido por acuerdo anual un valor anual que se reconoce a las EPS-C para el desarrollo de actividades de promoción y prevención.

Nótese que el régimen contributivo con estos aportes es solidario (extra-régimen) con el régimen subsidiado y con la salud pública.

Ahora bien el valor restante de la contribución obrero-patronal son recursos para la atención del POS-C. Pero antes del proceso de compensación, se descuentan 0,25 puntos porcentuales (antes era de 0,5 puntos porcentuales) para reconocimiento y pago de incapacidades originadas por enfermedad general de los afiliados cotizantes además del valor de las licencias de maternidad y paternidad en el mes anterior. Este proceso de provisión obedece fundamentalmente a dos razones: Primero, el monto de la incapacidad y la licencia depende del ingreso base de cotización, no del grupo de riesgo del afiliado, por lo que el valor debe ser ponderado con base en aquél. Segundo, se resuelve un problema de liquidez de la EPS-C al aprovisionar el valor correspondiente antes del proceso de compensación que se explicará más adelante.

En síntesis las últimas dos apropiaciones de la contribución obrero-patronal, fijadas según las disposiciones normativas recientes, son:

- Incapacidades originadas por enfermedad general de los afiliados cotizantes: 0,25 puntos.
- Compensación: El valor restante para hacer el proceso de compensación.
- Licencias de maternidad y paternidad en el mes anterior: Valor en pesos.

FOSYGA sólo hace el reintegro para compensar las UPC-C de aquellos afiliados que hayan pagado íntegra y oportunamente la cotización mensual correspondiente.

FOSYGA puede eventualmente suscribir créditos puente con el sistema bancario en caso de problemas de liquidez al momento de hacer la compensación interna.

A continuación se hace un análisis de cada subcuenta, en lo correspondiente a sus ingresos y egresos y otros guarismos provechosos para su análisis. Los valores expresados son muy

aproximativos y no pueden tomarse como representativos (son valores de 2004, cuando se estaba licitando el administrador fiduciario y se publicaron consolidados completos), sino como explicativos, con fines pedagógicos. De hecho sus cálculos se basan en valores de los últimos años, que no incluyen aspectos como la reforma a las tutelas hecha por la Ley 1122 de 2007 o al régimen especial de las madres comunitarias según Ley 1023 de 2006.

5.1.1 Subcuenta de compensación

Proceso de compensación interna del régimen contributivo

La subcuenta de compensación tiene por objeto permitir la compensación en el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

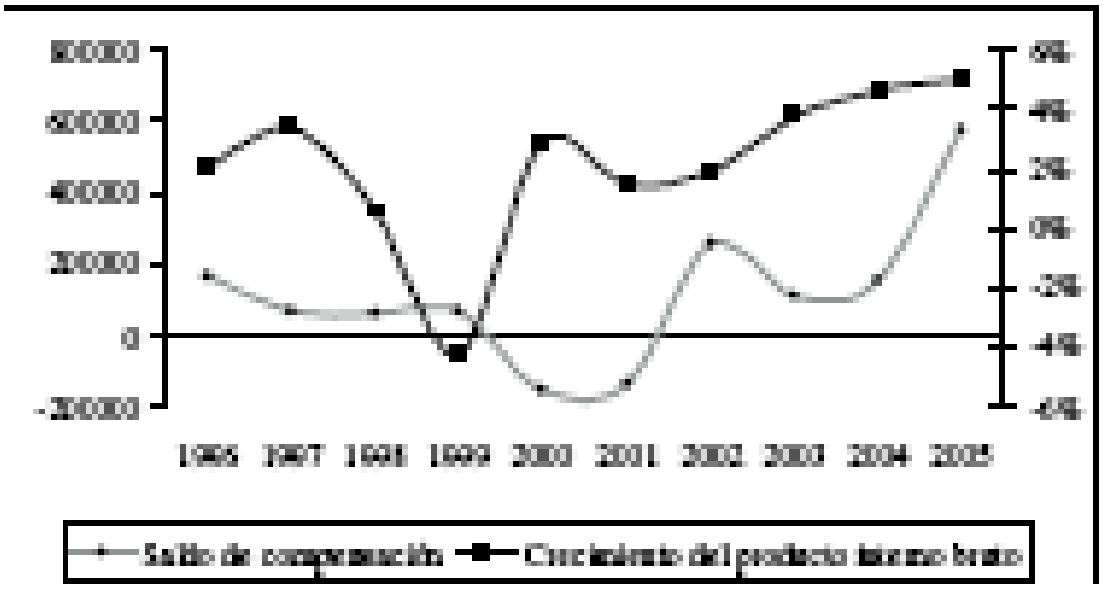
De conformidad con lo dispuesto en los artículos 204, 205 y 220 de la Ley 100 de 1993, se entiende por compensación el procedimiento mediante el cual se descuenta de las cotizaciones recaudadas, los recursos que el sistema reconoce a las EPS-C y demás entidades obligadas a compensar - EOC, para garantizar la prestación de los servicios de salud a sus afiliados y demás beneficiarios del sistema.

Recursos de la subcuenta de compensación

Tomando valores aproximados, cerca del 95% de los recursos recaudados por esta subcuenta provienen del Recaudo del proceso de compensación de las UPC. En la contabilidad de FOSYGA van a figurar los recursos recaudados por la EPS-C y apropiados por ella como Recaudo del proceso de compensación - giro sin situación de fondos (75% del total). En cambio los giros efectivamente hechos por la EPS-C a FOSYGA (remanentes) o al contrario según el caso, corresponden a Recaudo del proceso de compensación - con situación de fondos. Este valor corresponde a los excedentes que arroja al sistema el proceso de compensación, que para algunas EPS-C puede ser negativo y, para otras, positivo; lo que presenta el valor final es un consolidado.

La siguiente gráfica muestra el comportamiento de la compensación entre 1995 y 2005. La tendencia actual es saludable, e implica que el proceso de compensación está dejando excedentes al sistema.

Gráfico No 25. Proceso de compensación.



Fuente: Informes anuales del CNSSS. Cálculos GES – CIE U. de A. Nota: saldo de compensación en precios constantes de 2005Estadísticas Banco de la República

Cuadro No. 36. Relación genérica de Ingresos y Egresos de la subcuenta de compensación de FOSYGA

Ingresos de la subcuenta de compensación	• Recaudo del proceso de compensación - giro sin situación de fondos • Recaudo del proceso de compensación - con situación de fondos	Otros: • Excedentes financieros de la vigencia anterior • Rendimientos financieros de las inversiones de FOSYGA • Rendimientos financieros de las cuentas de recaudo de las EPS-C

		• Sanciones, multas • Reintegros de liquidaciones de convenios y contratos en vigencias anteriores.
Egresos de la subcuenta de compensación	• Proceso de compensación - apropiación directa • Pago de incapacidades temporales por enfermedad general • Licencias de maternidad y paternidad	Otros: • Reconocimientos por fallos de tutela, comités técnico-científicos y otros eventos[64] • Valor correspondiente a apoyo técnico, auditoría y remuneración fiduciaria

El proceso de compensación - apropiación directa equivalente al valor del giro sin situación de fondos, un 75% de los egresos, (no es un giro real, son los recursos que apropia la EPS-C) y menos de un 20% para cubrir el déficit del proceso compensación

De los rendimientos financieros de las subcuentas de compensación, solidaridad y promoción del FOSYGA se toman los recursos de manera proporcional para completar el valor de la UPC-C de las madres comunitarias y su núcleo familiar (Leyes 509 de 1999 y 1023 de 2006).

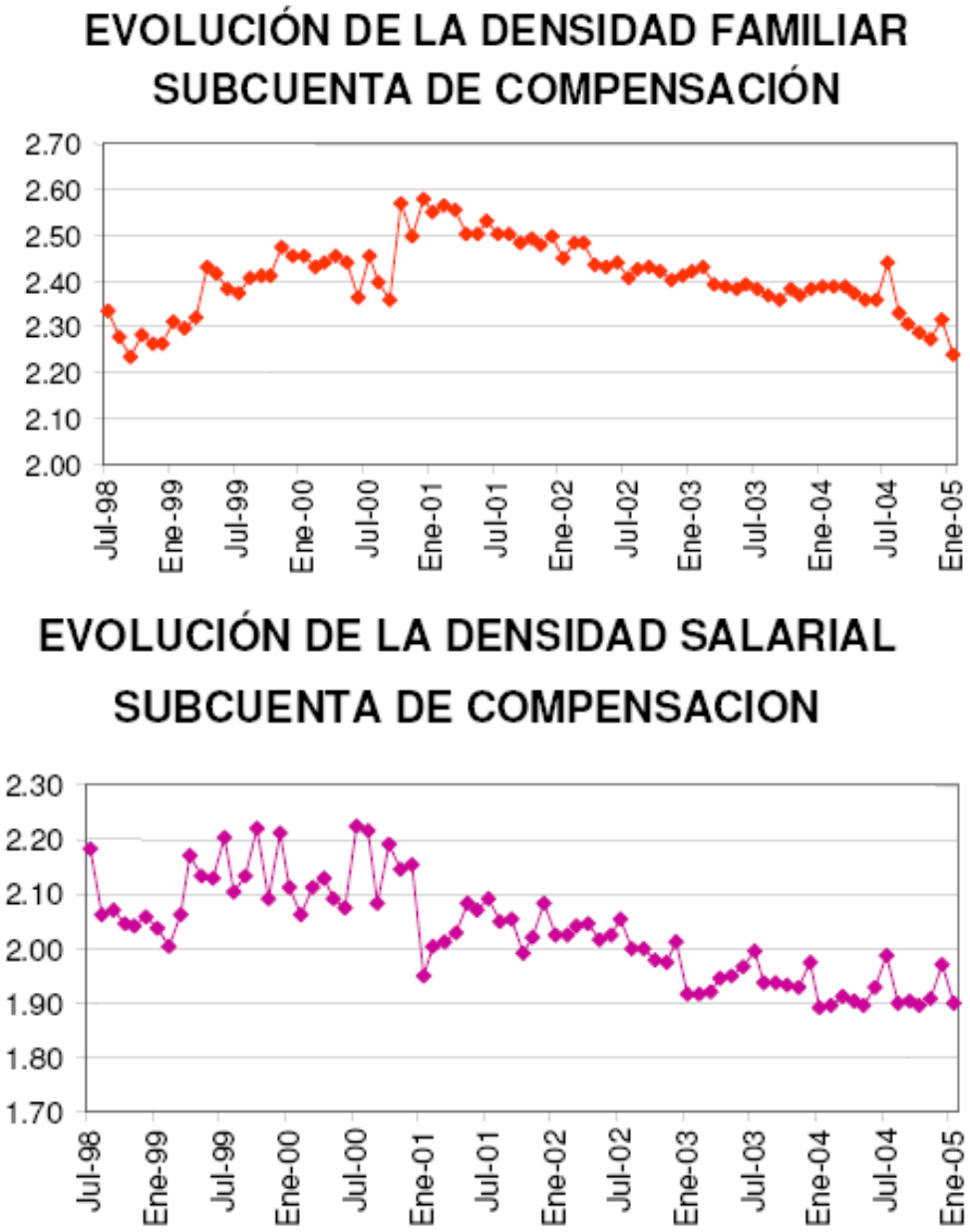
Equilibrio financiero de la subcuenta de compensación

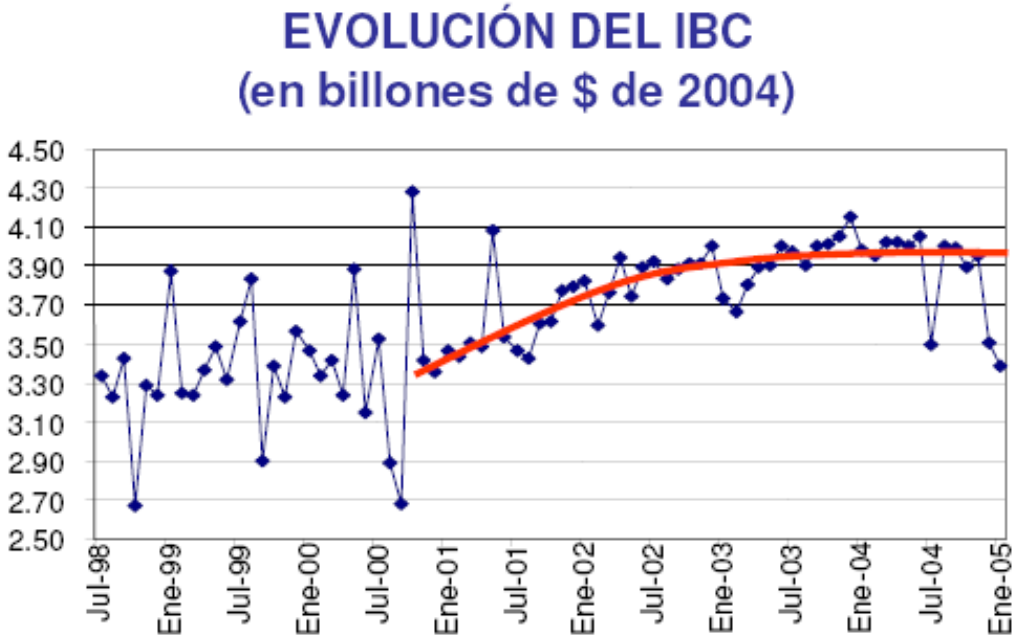
Además de la evaluación de los saldos de compensación y del comportamiento de las fuentes y aplicaciones de la subcuenta de compensación, los indicadores más importantes para determinar el equilibrio financiero del sistema son la densidad familiar y la densidad salarial.

Densidad familiar	(DF)	=	Promedio de afiliados por cotizante
Densidad salarial	(DS)	=	Promedio de SMMLV por cotizante

[64] Véase la sección 3.1.3 “El POS “plus”: Comités técnico-científicos y tutelas” (página 160)

Gráfico No 26. Evolución de la Densidad Familiar y Salarial del Régimen Contributivo en la Subcuenta de Compensación de FOSYGA





Fuente: Ramón Abel Castaño Yepes. Facultad de Economía, Universidad El Rosario

En función del equilibrio financiero del sistema de salud, lo deseable es que la densidad salarial se incremente y la densidad familiar disminuya. Según Castaño (2005), la reactivación económica ha disminuido la DF [tal vez también una disminución de la natalidad entre quienes perciben ingresos], pero a su vez, la reforma laboral (Según Alejandro Gaviria (2005), sobre la Ley 789 de 2002 de "flexibilización laboral", los resultados no sugieren un efecto sustancial de la reforma sobre la generación de empleo) y las medidas para aumentar coberturas en el régimen contributivo, bajan la DS. Los efectos efectivamente se contrarrestan, no permitiendo mejorar el equilibrio del sistema. Esto, según Castaño, pone al sistema en alto riesgo de desequilibrio, ya que en una próxima desaceleración de la economía, sube la DF pero la DS, en el mejor de los casos no sube (en el peor caso también bajará). Y concluye que esta mezcla estrangulará la subcuenta de compensación.

5.1.2 Subcuenta de solidaridad

La operación de la subcuenta tiene como finalidad velar por la integridad y oportunidad del recaudo de los recursos que deben aportar los actores del sistema con destino al Régimen Subsidiado, validar los derechos de las entidades o personas beneficiarias de los recursos con base en la información de contratación y afiliación del Régimen Subsidiado y realizar los pagos establecidos en la operación de la subcuenta, ordenados por el Ministerio de conformidad con las normas legales que enmarcan la ejecución de los recursos públicos con destino a la salud.

Ingresos de la subcuenta de solidaridad

Desde el punto de vista legal, los recursos que administra la Subcuenta tienen por objeto permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable al Régimen Subsidiado a través de la cofinanciación de los subsidios a la demanda.

La subcuenta de solidaridad es fundamentalmente una articuladora de los fondos destinados a la financiación del régimen subsidiado en el nivel nacional (en el nivel territorial el régimen subsidiado cuenta con las transferencias y los recursos propios de los entes territoriales). Por ello el modelo es algo complejo.

El artículo 221 de la Ley 100 de 1993 establece la "financiación de la subcuenta de solidaridad". Los tres aportes más importantes a esta subcuenta (cuyos porcentajes son muy variables) son, en orden de importancia:

- Recursos de solidaridad de la contribución obrero-patronal del régimen contributivo
- Recursos de las Cajas de Compensación Familiar – CCF
- El llamado proverbialmente "Pari-Passu"

De estas fuentes de recursos se trata en los siguientes tres apartados.

Recursos de solidaridad del régimen contributivo

Según Ley 1122 de 2007 se giran a la subcuenta de solidaridad 1,5 puntos porcentuales de la contribución obrero-patronal del régimen contributivo y de los regímenes de especiales y de

excepción (Ecopetrol, Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, Dirección General de Sanidad Militar, Dirección de Sanidad Policía Nacional, universidades públicas), además de los fondos de previsión del Ministerio de Relaciones Exteriores y Frontino Gold Mines Ltda.

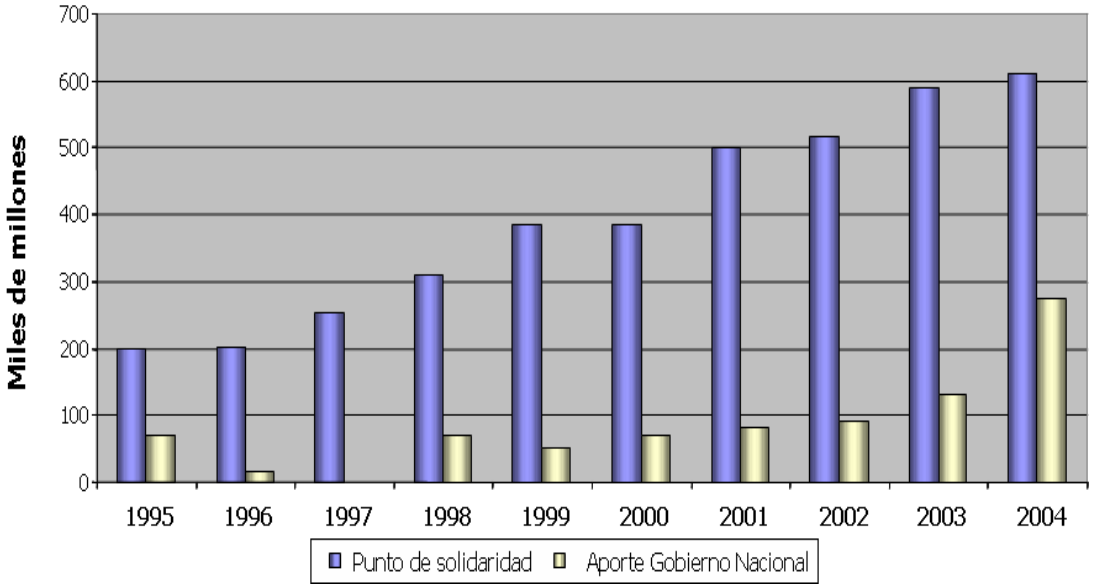
Las EPS y demás EOC no pueden retener recursos de solidaridad [provenientes de la contribución obrero-patronal], que se deben girar mensualmente a la subcuenta de solidaridad de FOSYGA en las fechas establecidas o se girará una doceava del recaudo sin perjuicio de los ajustes que deban efectuarse posteriormente. Los regímenes exceptuados del SGSSS deben girar el valor correspondiente a solidaridad, a más tardar dentro de 5 primeros días del mes siguiente al pago de la nómina. Cuando se registra mora en el giro de los recursos se causan intereses equivalentes a la tasa de interés moratorio.

"Pari-Passu"

La expresión "Pari-Passu" no existe en la normatividad, es un galicismo adoptado desde el medio académico y que significa "peso a peso". Fue establecido por la Ley 100 de 1993 artículo 221 como un aporte del presupuesto nacional que en 1994 a 1996 "no deberá ser inferior a los recursos generados" por el aporte solidaridad del régimen contributivo (que entonces era de un punto porcentual sobre un aporte del 12%), y que "a partir de 1997 podrá llegar a ser igual a los recursos generados por tal concepto".

La Ley 344 de 1996 en su artículo 34 reduce aporte de la Nación a medio punto de la cotización del régimen contributivo ("medio-passu", se le llamó por guasa) a partir de 1997 y como mínimo a un cuarto de punto ("cuarti-passu") a partir de 1998, pero en Sentencia C-1165-00 de 2000, la Corte Constitucional declara inexequible la disposición argumentando que el aporte estatal no puede disminuirse hasta tanto se tenga cobertura universal. El gobierno de entonces hace plan de pagos a 5 años para cancelar $581.000 millones a la subcuenta de solidaridad de FOSYGA. A su vez la Ley 715 de 2001 en su artículo 24 pretende revivir el "cuarti-passu", pero nuevamente la Sentencia C-040/04 declara inexequible la medida, pero en esta ocasión el gobierno no asumió ninguna deuda.

Gráfico No 27. Evolución del Pari-Passu



Fuente:

En el gráfico se observa como durante las vigencias 1999-2005, la Nación sólo aportó los valores correspondientes a la deuda reconocida por los aportes correspondientes a los años 1994-1997. La deuda acumulada a tal período pasa de tres billones de pesos, aproximadamente un 2,6% del presupuesto general de la nación para 2007, una cantidad simplemente imposible de asumir.

El caso es que sin haberse puesto al día el gobierno, ni aún remotamente, el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007 aclara que el aporte del "pari-passu" será, desde 2008, un monto "por lo menos igual en pesos constantes más un punto anual adicional a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007" ($286,953 mil millones), partiendo de que "se garantizarán los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización de la población de SISBEN I, II y III", esto último puesto tal vez como un blindaje a otra sentencia negativa de las altas cortes.

De acuerdo a la Ley 1122 de 2007, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público debe girar por trimestre anticipado los recursos que por Presupuesto Nacional le correspondan al FOSYGA (Ley 1122 de 2007).

Recursos de las Cajas de Compensación Familiar – CCF

Al hacerse la transición del antiguo Sistema Nacional de Salud - SNS, en que las Cajas de Compensación Familiar - CCF hacían (mal o bien) la cobertura del grupo familiar al trabajador, al SGSSS, se les descargó de esta obligación y a cambio, el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 "de la participación de las CCF", establece que deben destinar el 5% de los recaudos del subsidio familiar que administran (equivalente al 4% del valor de la nómina de cada empresa), para financiar el régimen de subsidios en Salud, salvo aquellas Cajas que obtengan un cuociente superior al 100% del recaudo del subsidio familiar del respectivo año, las cuales tendrán que destinar un 10%. El 55% que las Cajas de Compensación deben destinar al subsidio en dinero, se calcula sobre el saldo que queda después de deducir el 10% de gastos de administración, instalación y funcionamiento, la transferencia respectiva del fondo de subsidio familiar de vivienda, la reserva legal y el aporte a la Superintendencia del Subsidio Familiar y la contribución a solidaridad en el SGSSS.

Las CCF pueden administrar directamente los recursos del régimen subsidiado cuando tienen EPS-S, constituyendo una cuenta independiente del resto de sus rentas y bienes. De lo contrario, deber girar los recursos del subsidio a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Los recursos correspondientes al recaudo del subsidio familiar destinados al Régimen Subsidiado se administran así:

- Los que no sean administrados directamente por las Cajas de Compensación Familiar –CCF (que no pueden hacer unidad de caja con los demás recursos que maneja la CCF) deben ser girados a la Subcuenta de Solidaridad de FOSYGA a más en tres días hábiles, junto con sus rendimientos (intereses moratorios) si es del caso
- Las CCF que administren directamente los recursos destinados al Régimen Subsidiado deben informar sobre su recaudo al administrador fiduciario en tres días hábiles y enviar al Ministerio la información debidamente certificada del valor recaudado y el monto de las UPC contratadas. Los valores excedentes por disponibilidad de recursos, excedentes de vigencias fiscales o de liquidación de contratos deben ejecutarse directamente por las CCF; si los recursos son deficitarios respecto al año anterior FOSYGA solidaridad cubrirá la diferencia en la entidad territorial respectiva.

Otras fuentes de ingresos de solidaridad

Otras fuentes de recursos de la subcuenta de solidaridad son, continuando en orden de importancia:

Del impuesto de remesas de utilidades generado por las empresas petroleras a partir de la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, de conformidad con las previsiones del Estatuto Tributario, debe establecerse el monto correspondiente a la producción de las zonas de Cusiana y Cupiagua en el porcentaje que corresponda y se deben girar por la Nación a la Subcuenta de Solidaridad de FOSYGA.

Los recursos provenientes del impuesto social a las armas, que son recaudados por FOSYGA solidaridad, tienen destinación específica y con ellos se crea un Fondo especial para financiar la atención de eventos de trauma mayor ocasionados por violencia (artículo 224 de la Ley 100 de 1993 y artículo 23 del Decreto 1283 de 1996).

En los casos en que FOSYGA, encuentre que se incumplió con el giro de los recursos a la subcuenta de solidaridad o cuando encuentre que no remitieron la información adecuadamente, debe informar a la Superintendencia Nacional de Salud para que aplique las acciones correctivas pertinentes e imponga las sanciones a que hubiere lugar.

Cuadro No. 37. Relación genérica de Ingresos y Egresos de la subcuenta de solidaridad de FOSYGA

Ingresos de la subcuenta de solidaridad	• Recursos de solidaridad de la contribución obrero-patronal del régimen contributivo • Recursos de las Cajas de Compensación Familiar – CCF • "Pari-Passu"	Otros: • Rendimientos financieros de la subcuenta • Impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras de Cusiana y Cupiagua (Ley 100 de 1993 y 223 de 1995). • Multas al empleador (artículo 271 de la Ley 100, numeral 25 del artículo 5º del Decreto Ley 1259 de 1994). • Otros

Egresos de la subcuenta de solidaridad	• Subsidio a la demanda del régimen subsidiado (alrededor de un 98% del egreso total)	Otros: • Fallos de tutela • Apoyo técnico; auditoría y remuneración fiduciaria • Eventos de trauma mayor por violencia

5.1.3 Subcuenta de promoción de la salud

La Subcuenta de Promoción tiene por objeto financiar las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad.

Estos recursos son complementarios de las apropiaciones que haga el Gobierno Nacional para los mismos fines.

Cuadro No. 38. Relación genérica de Ingresos y Egresos de la subcuenta de promoción de la salud de FOSYGA

Ingresos de la subcuenta de promoción	• **Recursos de la contribución obrero-patronal recaudados por las EPS-**C[65] • Recursos del impuesto social a las municiones y explosivos[66] • Excedentes financieros (alrededor del 10%, mostrando deficiencia en la ejecución)

[65] Actualmente 0.30 puntos porcentuales de la cotización), incluidos los cotizantes dependientes, así como los generados por cotizaciones recaudadas por otras EOC y afiliados a los regímenes de excepción. Corresponde al 85% del ingreso total de la subcuenta

[66] Los recursos del impuesto social a las municiones y explosivos son de destinación específica para los programas de prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica.

	• Rendimientos financieros (muy altos, por los elevados excedentes) • Intereses de mora y rendimientos financieros de las cuentas de recaudo de las EPS-C • Sanciones y multas • Recursos destinados por la Nación al Plan Nacional de Salud Pública e incorporados a la Subcuenta de Promoción
Egresos de la subcuenta de promoción	• **Programa de promoción y prevención EPS-C**[67] • Programas nacionales de promoción y prevención • Programas de prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica[68] • Apoyo técnico, auditoría y remuneración fiduciaria – FOSYGA

Deja qué pensar la compensación de la subcuenta de Promoción de la Salud, que hace asignaciones a las EPS-C de acuerdo al "valor anual que FOSYGA reconoce por cada afiliado a las EPS-C para el desarrollo de actividades de promoción y prevención para [cada anualidad]". Para 2008 el valor de este giro es de $16.934,40 al año per cápita. En un año, de acuerdo a las cifras oficiales de afiliación al régimen contributivo (17.198.673 afiliados en tal año), se trasladarían más de $290 mil millones a las EPS-C, un valor enorme (como referencia, las transferencias para salud pública para todos los departamentos y municipios del país son de $390 mil millones), para brindar "actividades de promoción y prevención", que por cierto, de acuerdo con lo que se ve en los informes anuales del ministerio, las EPS-C no están ejecutando ni con mediana suficiencia. Y ni siquiera es explicable: Obsérvese que la normatividad es reiterativa en aplicar recursos de esta subcuenta en "promoción y prevención", a pesar de que la subcuenta es realmente de "promoción de la salud" de acuerdo a lo prescrito por Ley 100 de 1993, no de "P. y P.". Y es justamente la promoción de la salud

[67] Valor reconocido a las EPS-C para el desarrollo de actividades de promoción y prevención, equivalente al giro sin situación de fondos
[68] Cfr. Nota Nº 66

la Función Esencial de Salud Pública con peor cumplimiento en el país. Ahora bien, si el plan de beneficios de "salud pública individual" de los regímenes contributivo y subsidiado es idéntico, ¿por qué existe un estimulo adicional sobre la UPC la para las EPS-C sobre las EPS-S?

En fin. La contratación de los recursos de esta subcuenta se hace de acuerdo con las normas vigentes con cargo a los recursos destinados para financiar programas de prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica y a los programas nacionales de salud pública, se suscriben convenios y contratos de acuerdo con lo que determine el MPS (antes era fijado por el CNSSS), sobre los cuales debe adelantarse el seguimiento y control correspondiente y los recursos se giran de conformidad con lo establecido en cada convenio y en las normas vigentes

Impuesto social a las municiones y explosivos

Recursos de destinación específica a la financiación de campañas de prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica a nivel nacional y territorial. Es reglamentado por artículo 224 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 27 del Decreto 1283 de 1996 definió que los recursos ingresan a la Subcuenta de Promoción y se destinan a la financiación de campañas de prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica a nivel nacional y territorial (maltrato entre parejas y entre familiares, maltrato al menor, violencia interpersonal, suicidios). Anualmente el administrador de FOSYGA establece los criterios para el uso de los recursos entre cinco departamentos priorizados, distintos cada vez (última distribución en Acuerdo 371 de 2007 del CNSSS).

Programas financiados por la subcuenta de promoción

El concepto de la sala de consulta y servicio civil del Consejo de Estado Nº 1547 de marzo de 2004, citado siempre en la parte motiva de los Acuerdos referentes a este tema, establece que: "El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud puede destinar recursos de la subcuenta de Promoción de la Salud para desarrollar programas de promoción y prevención masivos de alto impacto en salud pública, orientados a proteger la totalidad de la población conforme a las prioridades establecidas por las autoridades competentes de salud".

Los programas de salud pública, del orden nacional, financiadas o cofinanciadas con los recursos de la subcuenta de promoción de la salud, suelen referirse a complementación del Plan Ampliado de Inmunizaciones (el PAI en sí es financiado con recursos del presupuesto nacional y recursos externos), acciones de salud sexual y reproductiva, prevención y control de enfermedades

reemergentes (tuberculosis y lepra) y en menor medida otros programas como salud mental, reducción de la demanda de sustancias psicoactivas – SPA, salud ambiental, enfermedades prevalentes de la infancia, reducción de la mortalidad en menores de 5 años, prevención y control de enfermedades crónicas, zoonosis y medicamentos.

Algunos de estos programas recientes de asignación de recursos de la Subcuenta de Promoción de FOSYGA son:

- Acuerdo 366 de 2007: Fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI complementario para los niños de Alto Riesgo en Colombia con el fin de disminuir la mortalidad infantil por enfermedades prevalentes de la infancia en niños con alto riesgo aplicando vacunas contra neumococo y rotavirus (cfr. Acuerdo 335).
- Acuerdo 382 de 2008: $15 mil millones para la adquisición de aproximadamente 2.3 millones de dosis de la vacuna estacional de influenza y jeringas, en apoyo del Plan Nacional de Prevención y Mitigación del Impacto de la Pandemia de Influenza, para la vacunación de la población mayor de 65 años
- Acuerdo 385 de 2008: $2 mil millones para adquisición de vacuna contra el rotavirus como complemento al programa ampliado de inmunizaciones PAI
- Acuerdo 396 de 2008: $3 mil millones para el "Proyecto de sostenibilidad e institucionalización de la estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH".
- Acuerdo 400 de 2008: $10 mil millones para el fortalecimiento de programas de salud pública orientados a salud sexual y reproductiva (estrategias de reducción de la fecundidad en grupos de mayor vulnerabilidad, prevención del embarazo en adolescentes y el fortalecimiento de las acciones de información, educación y movilización social).

5.1.4 Las inversiones de FOSYGA

Uno de los aspectos más polémicos relacionados con la administración de FOSYGA se refiere a la administración del portafolio de inversiones. Como se ha visto a grandes rasgos, es frecuente que las subcuentas de solidaridad y ECAT tengan niveles de ejecución pobres (del 70% y 30%, aproximada y respectivamente), a la vez que sus inversiones resultan altamente rentables, de manera que los rendimientos de los recursos totales de estas subcuentas, sorprendentemente,

suelen estar por encima del DTF. Esto sería ideal, si la demanda de servicios de salud y la cartera con ECAT fueran muy bajas, pero ese no es el caso, por lo que no es fácil explicar por qué se represa el uso de los recursos para la salud mientras se tiene una alta cartera con municipios y hospitales.

Esto no ocurre con las subcuentas de compensación y promoción de la salud, las mismas que giran recursos a las EPS-C, cuyas inversiones y excedentes a fin de ejercicio (6 a 8%) suelen ser moderadas en comparación a las otras subcuentas, tal vez por la celeridad que implica el giro sin situación de fondos con las EPS-C, tan susceptibles con su liquidez de corto plazo.

Lo cierto es que durante estos años ha existido una tendencia casi exponencial a aumentar inversiones de FOSYGA, tal y como se observa en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 39. Composición portafolio de inversiones del FOSYGA 2000–2004 (en millones de pesos, precios constantes de 2005)

	2000	2001	2002	2003	2004
Subcuenta de solidaridad	559.853	777.456	945.284	1.253.686	1.422.697
Subcuenta de compensación	293.819	176.816	496.900	647.893	820.923
Subcuenta ECAT	253.158	243.460	299.542	365.832	533.495
Promoción	186.956	225.507	131.037	106.037	96.046
Total	1.293.786	1.423.240	1.874.763	2.373.448	2.873.161
Proporción del total en el PIB	0,55%	0,60%	0,78%	0,94%	1,07%
Variación real subcuenta de solidaridad		32,5%	19,5%	28,0%	12,6%

Fuente: GES - CIE – U. de A., basado en los informes anuales del CNSSS

En los mismos informes que se encuentran actualizados en la página web de FOSYGA se encuentra que usualmente un 92 a 95% de los recursos están represados en inversiones y más de la mitad de estos dineros están con plazos al vencimiento a más de 180 días. Pero la gran sorpresa es que más del 75% del total de las inversiones sean en TES (bonos del tesoro). O sea, que FOSYGA está

financiando el déficit fiscal en Colombia, algo cuestionable si se tiene en cuenta que casi la totalidad de los recursos del fondo son aportes parafiscales de destinación específica a una provisión social (salud).

Lo cierto es que con una masiva reconversión de TES en recursos reales la red hospitalaria y los municipios recibirían un gran respiro y la universalización de cobertura del régimen subsidiado podría acelerarse. Pero esto es inviable: Se requeriría de superávit fiscal, un hecho macroeconómico extremadamente raro en Colombia.

Por fortuna, el fallo del Consejo de Estado AP-01252 de mayo de 2007 establece que "(…) los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA, en tanto parafiscales, no se encuentran sujetos a apropiación presupuestal (…). Los criterios para su presupuestación y gasto corresponden de manera exclusiva al CNSSS" y ordena al Consejo y al Ministerio de la Protección Social, ejecutar en un año a partir de la ejecutoria del fallo, la totalidad de los excedentes financieros de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA y sus respectivos rendimientos financieros en ampliación de cobertura de los entes territoriales, a la vez que señala que deben alcanzarse las metas de universalidad proyectadas en el Plan Nacional de Desarrollo.

Por ello, el Ministerio de la Protección Social, el Departamento Nacional de Planeación, y el Consorcio FIDUFOSYGA 2005, elaboraron una propuesta técnica y financiera reflejada en un documento elaborado por las mencionadas entidades y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Así, el CNSSS expidió el Acuerdo 377 "Por el cual se establecen los criterios de aplicación de los excedentes financieros de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA para darle cumplimiento al fallo del Consejo de Estado". De acuerdo con esto, el Acuerdo 383 de 2008 del CNSSS (enero de 2008) estableció que con los recursos de excedentes financieros de la Subcuenta de Solidaridad ($1.371 mil millones a 31 de diciembre de 2007) se amplíe la cobertura del Régimen Subsidiado en cerca de 2.232.468 personas, garantizando con los mismos recursos la sostenibilidad de dichas afiliaciones para un período de contratación del 1º de abril de 2008 a septiembre 30 de 2010 ($288 mil millones para 2008). Y el Acuerdo 384 de 2008 fija "los criterios de distribución de los recursos del FOSYGA para ampliación de cobertura del Régimen Subsidiado en la vigencia 2008 y se dictan otras disposiciones", para ampliar más de 3 millones de cupos con subsidios plenos después de garantizar la continuidad de la población afiliada, priorizando población pobre clasificada en los niveles I y II del SISBEN, población de influencia del volcán galeras en el departamento de Nariño, población afrocolombiana, deportistas y sus núcleos familiares, población desmovilizada, población en desplazamiento forzoso, beneficiarios de la Red

de Protección Social contra la extrema pobreza, universalización de cobertura en el departamento del choco, zonas de frontera y afiliación de la población reclusa.

5.2 Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT

La subcuenta de FOSYGA ECAT tiene como objeto garantizar la atención integral a las víctimas que han sufrido daño en su integridad física como consecuencia directa de accidentes de tránsito, eventos terroristas y catastróficos y aquellos expresamente aprobados por el CNSSS.

La Ley 100 Artículo 167 definió "Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito" y estableció que en los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, catástrofes naturales u otros eventos expresamente aprobados por el CNSSS, los afiliados al SGSSS tendrán derecho al cubrimiento de servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial. FOSYGA pagará directamente a la IPS a tarifas que establezca el Gobierno Nacional de acuerdo con los criterios del CNSSS.

Recursos del FONSAT

El Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT, es un seguro obligatorio para todos los vehículos que transiten por el territorio nacional, que ampara los daños corporales que se causen a las personas en accidentes de tránsito: conductores, pasajeros o peatones. Los decretos 1032 y 2878 de 1991 regulan integralmente el SOAT y lo reglamentan las Resoluciones 13049 de 1991 y 4746 de 1995 (normas, procedimientos y modelos de reclamación).

En el Decreto 3990 de 2007 "se reglamenta la Subcuenta [ECAT de FOSYGA], se establecen las condiciones de operación del aseguramiento de los riesgos derivados de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas, las condiciones generales del seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, SOAT, y se dictan otras disposiciones". Modifica los Decretos 1283 de 1996 (en lo referente a ECAT) y 2878 de 1991.

Paralelamente a la creación del SOAT, el artículo 13 del Decreto Ley 1032 de 1991 creó el Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - FONSAT, cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, administrativa, contable y estadística, con fines de interés público, destinada al pago de siniestros ocasionados por vehículos no identificados o no asegurados y como instrumento de apoyo para la Red de Atención de Urgencias del Sistema Nacional de Salud. El Decreto 663 de 1993 en su artículo 198 incorporó FONSAT a la subcuenta ECAT.

Cuadro No. 40. Relación genérica de Ingresos y Egresos de la subcuenta ECAT de FOSYGA

Ingresos de la subcuenta ECAT	• 20% de las primas anuales emitidas por los SOAT • 50% *Ad Valorem* del valor de la prima anual establecida para los SOAT, un nuevo impuesto implementado con el SGSSS, a cargo de SOAT • Excedentes financieros[69] • Rendimientos de las inversiones[70]	Otras (menos del 5% del total): • Recaudo de los procesos de repetición • Reintegro de liquidación de convenios y contratos en vigencias anteriores • Multas, sanciones • Aportes y donaciones (sic)
Egresos de la subcuenta ECAT	• Reclamaciones por víctimas de accidentes de tránsito (alrededor de la mitad de los egresos) - Pago de indemnizaciones originados por vehículos no asegurados o no identificados - Pago de excedentes por	Otros: • Reclamaciones víctimas acciones terroristas • Reclamaciones víctimas catástrofes naturales • Apoyo técnico, auditoría y remuneración fiduciaria – fosyga

[69] Suele ser un valor muy alto, lo que muestra baja ejecución y/o alta cartera de la subcuenta en desmedro de las IPS
[70] Ídem

	atención a víctimas de accidentes de tránsito • Reclamaciones de víctimas de la población desplazada (alrededor de la un tercio de los egresos)	• Apoyo a sentencias, fallos de tutela y laudos • Mejoramiento, fortalecimiento y ajuste en la gestión de las instituciones de la red pública hospitalaria del país • Implementación del proyecto para atención prioritaria en salud nacional

El saldo de la subcuenta ECAT a 31 de diciembre de cada año y los recursos pendientes de asignación en cada vigencia, se destinan en un 50% a financiar programas institucionales de prevención y atención de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos y terroristas y tratamiento y rehabilitación de víctimas.

Como puede verse, en síntesis, los ingresos de la subcuenta ECAT se derivan casi en su totalidad de dos tasas sobre el recaudo del SOAT: O sea, del valor del SOAT de un vehículo cualquiera al año, casi la mitad corresponde a recursos FONSAT (para ECAT), y, sobre este valor, solo la mitad se gasta en accidentes de tránsito, más un 35% que se aplica en las víctimas del desplazamiento, de acciones terroristas y de catástrofes naturales.

Accidentes de tránsito: SOAT y ECAT

La atención de accidentes de tránsito se hace según lo prescrito en la Ley 100 de 1993 artículo 167 y Decreto 663 de 1993, más las sentencias de la Corte suprema de Justicia T-111 de 2003 y T-1196 de 2003, además de la normatividad anotada para SOAT y FONSAT.

Ordena la Ley 100 de 1993 que en los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS, los afiliados tendrán derecho a lo que más adelante se denominará atención integral de urgencias, que incluye además del cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, gastos de transporte al centro asistencial, indemnización por incapacidad permanente y por muerte y gastos funerarios.

La atención del paciente deberá ser integral (médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria) en accidentes de tránsito a cargo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT (hasta 500 SMMLV) y hasta 300 SMMLV de más (en los pacientes politraumatizados) a cargo del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT. Ahora bien, ECAT cubre totalmente los 800 SMMLV en los casos que no haya cobertura por el SOAT (vehículo no asegurado, póliza falsa, vehículo fantasma), en caso de catástrofes por actos terroristas o en desastres naturales.

La Nación a través del Fondo de Solidaridad y Garantía puede adelantar acciones civiles y/o penales de repetición contra los responsables directos y hacer efectivo el recaudo de los dineros pagados por el FOSYGA cuando el causante no está amparado por el seguro obligatorio SOAT ya sea porque no lo adquirió, porque lo tiene vencido o si es ineficaz (póliza expedida no ha entrado en vigencia o resulta falsa o adulterada).

Cuadro No. 41. Coberturas y cuantías para accidentes de tránsito a cargo de la póliza SOAT (vehículo asegurado) o la subcuenta ECAT (vehículo fantasma o vehículo no asegurado)

Tipo de prestación	Descripción	Tope en SMDLV
Asistencial	Servicios médico – quirúrgicos	500*
	Gastos de transporte	10
Económica	Incapacidad permanente	180
	Muerte	600
	Gastos funerarios	150

* El tope para los servicios medico quirúrgicos a cargo, según el caso, de SOAT o ECAT es de 500 SMDLV, pero en el caso de victimas politraumatizadas es posible hacer reclamación adicional por 300 SMDLV a la subcuenta ECAT. Al superarse el monto de 800 SMDLV se factura al sistema de seguridad social: A la Administradora de Riesgos Profesionales ARP si el accidente de tránsito es también accidente de trabajo, si no es así, a la EPS del paciente (si la

tiene) o en último caso a la Dirección departamental o distrital de salud en caso de paciente pobre y vulnerable no asegurado ("vinculado"); de lo contrario, los gastos a partir del tope corren por cuenta del mismo usuario. Si la víctima cuenta con un Plan Adicional de Salud (PAS), podrá elegir libremente ser atendido con cargo a dicho plan.

Los servicios medico quirúrgicos incluyen:

a) Atención inicial de urgencias y atención de urgencias
b) Hospitalización
c) Suministro de material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis
d) Suministro de medicamentos
e) Tratamientos y procedimientos quirúrgicos
f) Servicios de diagnóstico
g) Rehabilitación, por una duración máxima de seis (6) meses, salvo lo previsto en el presente decreto respecto del suministro de prótesis

Según circular 015 de 1995 de la SNS, en estos casos el monto de los servicios se pagará conforme las tarifas del SOAT (Decreto 2423 de 1996 y Resolución 2839 de 1994 del Ministerio de Salud). Los materiales y suministros definidos en el parágrafo 5 del artículo 55 y 57 de dicha resolución, están excluidos de la tarifa por derechos de sala y cirugía y por tanto deben facturarse adicionalmente por un valor que no supere el 80% del precio de venta al público (artículo 2 Decreto 473 de 1995).

La incapacidad permanente se refiere a pérdida no recuperable mediante actividades de rehabilitación, de la función de una parte del cuerpo que disminuya la potencialidad del individuo para desempeñarse laboralmente, debidamente certificada por Junta de Calificación de invalidez. Se da a la persona una indemnización máxima de 180 SMDLV a la fecha de pago según tablas de invalidez. La incapacidad temporal corre a cargo de la EPS o la ARP dado el caso.

Por muerte debida al accidente, tienen derecho a pago de 600 SMDLV el cónyuge o compañero permanente (mitad) y sus herederos (mitad), a menos que la persona cuente con los beneficios de una Administradora de Fondo de Pensiones - AFP.

El transporte desde el sitio del accidente (transporte primario) es cobijado hasta 10 SMDLV. El transporte secundario (debido a remisiones) corre por cuenta del sistema de seguridad social.

Las prestaciones económicas se otorgan con cargo a la Subcuenta ECAT siempre que no se genere una doble ayuda a la misma víctima o a los beneficiarios por parte del Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI) o del Programa de Atención a Víctimas de la Violencia.

La acreditación de la condición de víctima para Eventos catastróficos se obtiene mediante certificación de los Comités Locales y/o Regionales de Emergencias a los (Decreto 919 de 1989) y para Eventos terroristas, certificación del Alcalde, la Personería o en su defecto otras autoridades (Policía Nacional, Ejército, Procuraduría General de la Nación, Defensoría del Pueblo, Unidad Administrativa Especial para los Derechos Humanos del Ministerio del Interior y de Justicia).

Víctimas del desplazamiento forzado por la violencia

El Acuerdo 59 de 1997 del CNSSS fijó como evento catastrófico a cargo de ECAT el desplazamiento masivo de población por causa de la violencia.

A su vez, la Ley 387 de 1997 prescribe medidas para la prevención del desplazamiento forzado y da pautas para la atención, protección, consolidación y estabilización socio económica de los desplazados internos por la violencia y definió la responsabilidad aplicable a las instituciones comprometidas con la atención integral a la población desplazada.

El acuerdo 185 de 2000 establece procedimiento para las reclamaciones para el pago de servicios en salud a población desplazada a FOSYGA ECAT

El acuerdo 243 de 2003, acerca de la ejecución de recursos de la Subcuenta ECAT, establece que para la atención en salud de la población desplazada por la violencia se distribuirá entre departamentos y distritos certificados por la Red de Solidaridad Social como receptores de la población desplazada. Para su ejecución el Ministerio de la Protección Social, suscribirá un convenio interadministrativo que especifique como mínimo la red de atención y los servicios. El acuerdo 247 de 2003 complementa a su vez que la subcuenta FOSYGA ECAT reconocerá y pagará los servicios de salud hasta el perfeccionamiento de estos convenios.

El decreto 2131 de 2003 establece que el convenio entre entidades territoriales con FOSYGA deberá estipular criterios, servicios y coberturas y tipo de información y periodicidad de los reportes de ejecución al MPS. El Decreto 4877 de 2007 modifica el decreto 2131 de 2003 determinando que los recursos de FOSYGA ECAT financian los servicios en salud de la población desplazada por la violencia, en los términos del artículo 167 de la Ley 100 de 1993 de acuerdo con la disponibilidad de recursos en cada vigencia fiscal.

La Sentencia T-025 de 2004 de la Corte Constitucional ordenó a diferentes instancias del Gobierno Nacional tomar medidas para proteger integralmente a la población en situación de desplazamiento forzado. De allí la promulgación del decreto 250 de 2005 y el Conpes 3400, ambos sobre el “Plan

Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia", incluyendo la definición de metas e indicadores, así como con los recursos presupuestales que las entidades que hacen parte del SNAIPD en 2006.

La Ley 998 de 2005 rige la financiación de la atención en salud de la población desplazada por la violencia no afiliada sin capacidad de pago de acuerdo con lo establecido en el Decreto 2131 de 2003 y el pago de las reclamaciones de que trata el Acuerdo 247 de CNSSS

Atentados terroristas, combates, ataques a municipios y masacres

Según la Ley 418 de 1997, las IPS tienen obligación de atender de manera inmediata a víctimas de los atentados terroristas que lo requieran.

La Ley 782 de 2002 anota que el reconocimiento se hará con cargo a los recursos del FOSYGA ECAT, independiente de que los usuarios sean cubiertos por otro ente asegurador en salud, según aclara la Ley 812 de 2003.

Red Nacional de Urgencias

En la parte motiva de los Acuerdos 357 de 2007, 378 y 392 de 2008 (Distribución de recursos de la Subcuenta de ECAT para el fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias en 2008) se plantean varios tópicos que es del cado rescatar:

Según lo dispuesto en el numeral 6º del artículo 12 del Decreto 3990 de 2007, una vez atendidos los conceptos de gasto a 31 de diciembre de cada año y de los recursos pendientes de asignación en cada vigencia, se destinará hasta un del 50% a la financiación de programas institucionales de prevención, accesibilidad y atención de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos y terroristas y de aquellos destinados al tratamiento y rehabilitación de sus víctimas, previa aprobación del CNSSS.

El Grupo de Atención de Emergencias del Viceministerio de Salud y Bienestar presentó (sic) el documento técnico denominado "Programa Institucional Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias" en el cual se indica que se pretende mejorar la respuesta de la red hospitalaria ante situaciones de urgencia, emergencia o desastre procurando con ello, mejores escenarios para la prevención y atención de los accidentes de tránsito, de los eventos catastróficos o terroristas, conforme lo precisa el Numeral 4 del Artículo 33 del Decreto 1283 de 1996.

Para prestar atención integral en salud en situaciones de urgencia, emergencia o desastre, se requiere fortalecer la Red Nacional de Urgencias, para lo cual es necesario mejorar la capacidad de respuesta hospitalaria, garantizando una adecuada dotación de equipos médicos para servicios como los de urgencias, reanimación o cuidado intermedio e intensivo y el fortalecimiento de la red de comunicaciones, la red de transporte aéreo o terrestre y de servicios de apoyo como los de Telemedicina por lo cual es posible la destinación de recursos de la Subcuenta ECAT a este programa.

En diferentes lugares del país aún se carece de servicios claves para la atención de las urgencias y las emergencias como los de Cuidado Intermedio e Intensivo. En poblaciones dispersas o ubicadas en regiones apartadas de centros de referencia o de atención especializada (departamentos como Amazonas, Caquetá, Guaviare, Guainía, Putumayo, Vichada, Vaupés, Archipiélago de San Andrés y Providencia y Chocó), y con el fin de facilitar allí la atención en salud, tendrán la mayor prioridad en la definición de los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de las citadas poblaciones.

Además, la Dirección Nacional de Prevención y Atención de Desastres del Ministerio del Interior y de Justicia, declaró como calamidad pública y zona de desastre, la situación social generada por la ola invernal de 2007 y 2008 (Acuerdo 369 de 2007 y otros), más la Declaratoria de Desastre luego de la reactivación del Volcán Galeras en el Departamento de Nariño.

Por lo expuesto y ante el riesgo que persiste de presentarse mayores necesidades de asistencia en las regiones afectadas que superan su capacidad normal de respuesta, es recomendable destinar recursos en forma inmediata para apoyar la adecuada preparación de las instituciones de salud ubicadas en la zona de riesgo de desastre mediante la adquisición de equipos para el fortalecimiento de la red de urgencias en cualquiera de sus componentes (comunicaciones, dotación con equipos médicos y el componente de traslado) y el fortalecimiento de acciones de saneamiento básico. (Plantas para la potabilización de agua en emergencias, sistemas para el manejo de excretas, entre otros).

Los recursos de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, ECAT, asignados para el fortalecimiento de la Red de Urgencias, son complementarios a los que se destinen por las entidades territoriales y los hospitales para dichos efectos.

Es así que en este Acuerdo 378 de 2008, modificado por el 392, se definen criterios de distribución y asignación de $10 mil millones de ECAT - Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias aprobados en Acuerdo 376 del CNSSS y distribuidos mediante la Resolución 362 del 2008 del

Ministerio de la Protección Social. Simplificando se tiene que se han aplicado para: Fortalecimiento de la red de transporte aéreo de pacientes en situación crítica (Centro Nacional de Recuperación de Personal: Cuatro aeronaves y demás componentes del Proyecto con apoyo de la Fuerza Aérea Colombiana); Dotación de equipos médicos y de transporte terrestre para los servicios de Urgencias, Cuidado Intensivo e intermedio, Reanimación y servicios de apoyo como los de Telemedicina; Preparación y respuesta en los casos de emergencia o desastre.

5.3 Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB

Según el artículo 2º del decreto 1011 de 2006 (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud), se consideran como Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB a:

i) Entidades Promotoras de Salud – EPS del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (EPS-C y EPS-S, respectivamente)

ii) Entidades Adaptadas en Salud –EAS

iii) Empresas de Medicina Prepagada - EMP

5.3.1 Entidades Promotoras de Salud EPS

Los artículos 177 a 183 de la Ley 100 de 1993 reglamentan las Entidades Promotoras de Salud - EPS. En general, las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de los subsidios en el régimen subsidiado o el recaudo de las cotizaciones por delegación de FOSYGA y el proceso de compensación en el régimen contributivo. Por cada persona afiliada y beneficiaria, la EPS recibe una Unidad de Pago por Capitación - UPC, según el régimen[71].

[71] Véase sección 5.1 "Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)" (página 256)

La función básica de las EPS es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio - POS a los afiliados.

Creación de EPS

La Superintendencia Nacional de Salud - SNS puede autorizar como EPS a las siguientes entidades.

- Instituto de Seguros Sociales -ISS (actualmente no tiene licencia de funcionamiento)
- Cajas, Fondos, Entidades de Previsión y Seguridad Social del sector público *
- Entidades que ofrezcan programas de medicina prepagada o de seguros de salud.
- EPS que puedan crear los departamentos, distritos y municipios y sus asociaciones o coligadas con entidades hospitalarias públicas y privadas.
- Cajas de Compensación Familiar -CCF o sus asociaciones y convenios.
- Personas jurídicas independientes públicas, solidarias o privadas.
- Organizaciones no gubernamentales, organizaciones del sector solidario o comunidades indígenas que se organicen para tal fin.

Al entrar en vigencia la Ley 100 de 1993, de las 1.039 Cajas de Previsión Social existentes en el momento, casi la totalidad no encontraron lugar bajo el nuevo modelo y decidieron liquidarse, pero otras tuvieron diferentes destinos. Algunas pasarían a convertirse en regímenes de excepción (magisterio, ECOPETROL, fuerzas armadas). Otras 31 se convertirían en la figura transitoria de Entidades Adaptadas en Salud - EAS, pero 10 de ellas se convertirían al régimen especial de las universidades públicas (Ley 647 de 2001) y, de las otras 21, casi todas han ido liquidándose hasta sólo quedar dos a la fecha.

Únicamente cuatro cajas de previsión hicieron su tránsito a constituirse como EPS, dos de ellas nacionales: Cajanal que asume como EPS-C y como Administradora de Fondos de Pensiones AFP y Caprecom que se convierte en 1995 en AFP y en EPS para ambos regímenes (deja el régimen contributivo en 2005), y actualmente es la única EPS-S nacional de carácter público y la EPS-S con

mayor número de afiliados. O sea que del antiguo subsistema de previsión no queda prácticamente nada[72].

En el régimen contributivo al iniciar el SGSSS había 32 EPS-C autorizadas para su funcionamiento, 12 públicas y 20 privadas, con una mayoría de afilados en las EPS públicas que iniciando el sistema eran 2/3 partes del total. La situación del aseguramiento público se ha revertido totalmente a la fecha.

Funciones de las EPS

- Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias pueden acceder a los servicios de salud.
- Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a los PSS con las cuales haya establecido convenios en su área de influencia, para prevención y tratamiento de la enfermedad del afiliado y su familia.
- Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por los PSS.
- Las demás que determine la normatividad.

Prohibiciones

Las EPS no pueden terminar la relación contractual con sus afiliados, ni negar la afiliación a quien desee ingresar al régimen (selección de riesgo), siempre y cuando garantice el pago de la cotización o del subsidio correspondiente, salvo casos excepcionales de abuso o mala fe del usuario.

Están prohibidos todos los acuerdos o convenios, así como las prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del SGSSS.

Requisitos de las EPS

[72] Véanse las premisas en el apartado "La seguridad social en Colombia: Antecedentes" de la sección 1.1.1 "Sistemas de salud y seguridad social" (páginas 1 y ss)

El Decreto 1485 de 1994 establece que para la obtención del certificado de funcionamiento se deben tener en cuenta varios requisitos como el certificado de funcionamiento expedido la Superintendencia Nacional de Salud y además, según su naturaleza, las EPS deben cumplir con las disposiciones propias de las EPS, en concordancia con el régimen de cada cual (sector cooperativo y demás entidades del sector, entidades aseguradoras de vida de acuerdo con la Superintendencia Financiera, Cajas de Compensación Familiar de acuerdo con el Superintendente del Subsidio Familiar). La creación de EPS de naturaleza comercial se rige por el Código de Comercio.

La solicitud para obtener el certificado de funcionamiento de una EPS debe acreditar estudio de factibilidad, acreditar el monto del capital, listado preliminar de los PSS para prestar los servicios, número máximo de afiliados que pueden ser atendidos con los recursos previstos y el área geográfica de su cobertura, estatutos con el régimen previsto en el Decreto, información adicional que requiera la Superintendencia Nacional de Salud

Las Empresas Solidarias de Salud se sujetan a esto cuando administren recursos del régimen contributivo o servicios de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

Las EPS deben acreditar que su capital o fondo social no es inferior a 10.000 SMMLV. Son procedentes aportes en especie (inmuebles, bienes, considerados al 50% de su valor).

Debe establecerse una separación de cuentas entre el patrimonio destinado a la actividad de la EPS y el patrimonio que tenga por objeto la prestación del servicio.

Además de estos requisitos, procede para la EPS lo dispuesto por el SOGC[73].

Prestación de servicios de salud

Los afiliados al SGSSS cuentan con el derecho de libre elección de EPS en cada régimen, dentro de las condiciones de la normatividad, y escogen al PSS y/o los profesionales con vinculación laboral a la EPS, dentro de las opciones que la EPS ofrezca.

Las EPS pueden prestar servicios directos a sus afiliados por medio de sus propias IPS, o contratar con otros PSS. Sin embargo, por Ley 1122 del 2007, a partir de 2008 las EPS no pueden contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del costo en salud.

[73] Véase al respecto el apartado “Habilitación de EAPB” en la sección 3.5.2 “Habilitación en el SOGC” (página 206)

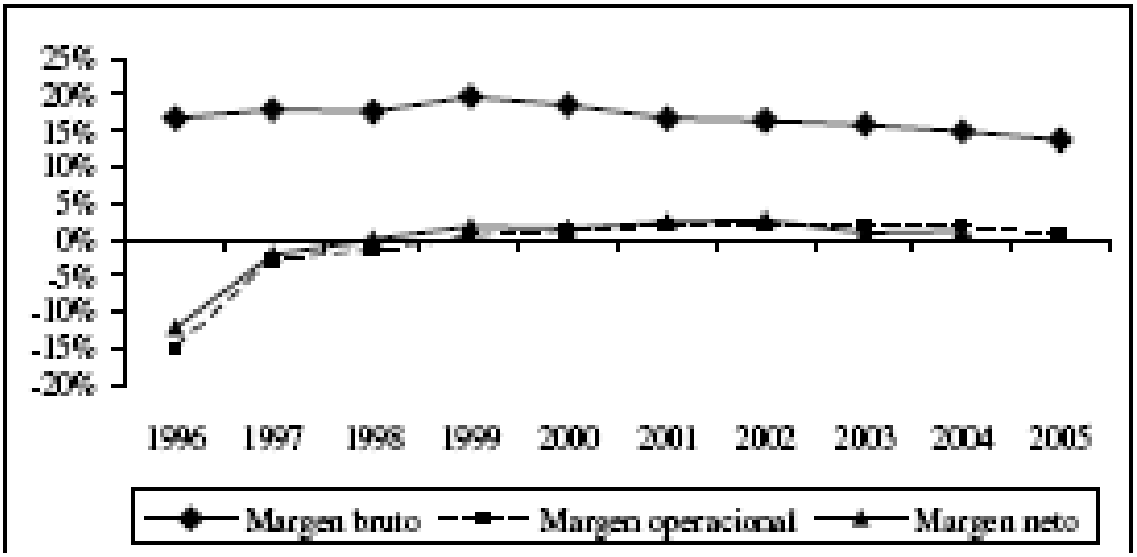
Además, las EPS garantizarán la inclusión en sus redes de IPS de carácter público, con un monto de mínimo el 60% para el régimen subsidiado.

Para racionalizar la demanda por servicios, las EPS pueden adoptar diferentes modalidades de contratación, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos.

Cada EPS debe ofrecer a sus afiliados varias alternativas de IPS, salvo cuando la restricción de oferta lo impida[74].

Rendimientos financieros de las EPS-C

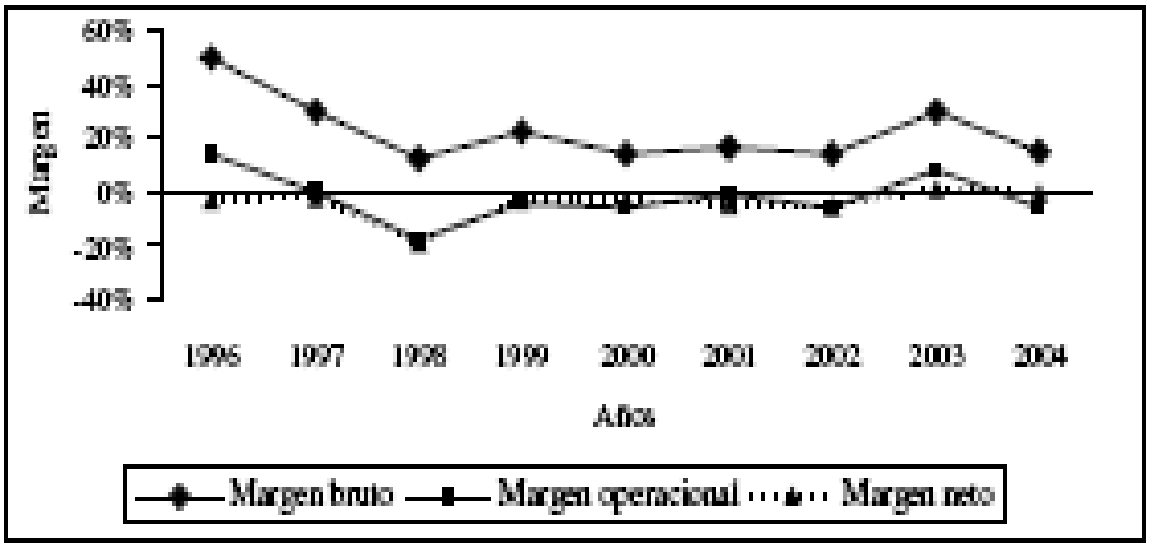
Gráfico No 28. Rentabilidad de las EPS privadas, 1996–2005



Fuente: GES - CIE – U. de A., basado en informes financieros ACEMI

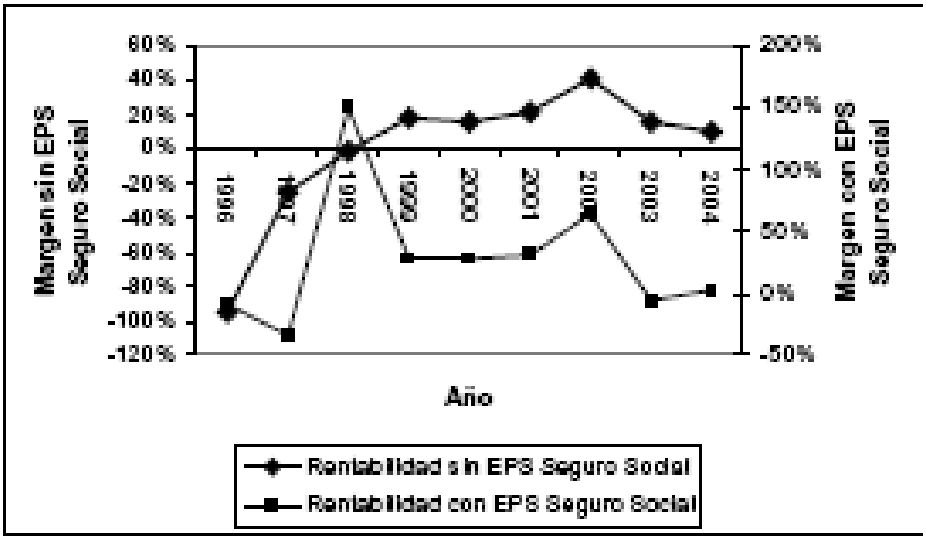
[74] Véase el capítulo 8.2 "Contratación con Prestadores de Servicios de Salud - prestador" (página 390)

Gráfico No 29. Rentabilidad de las EPS incluida la EPS ISS, 1996–2005



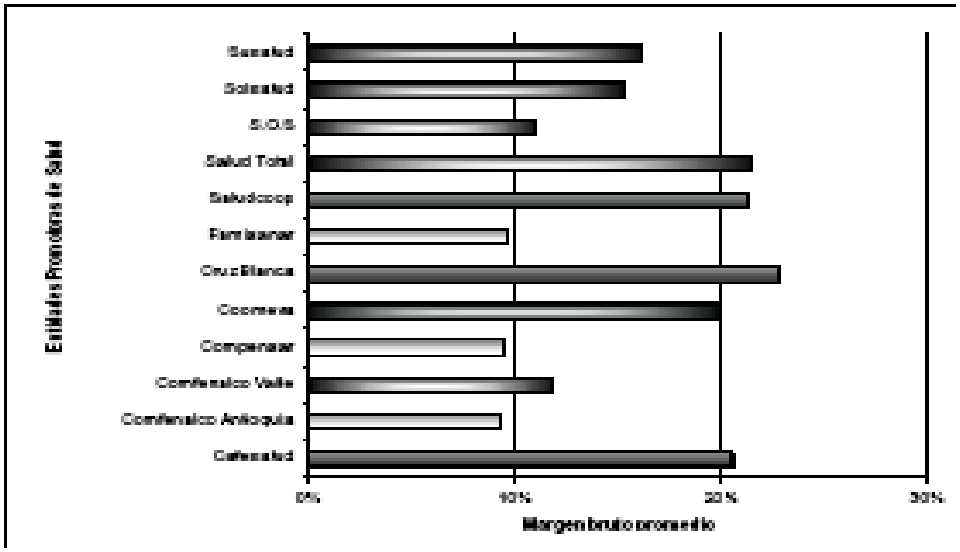
Fuente: GES - CIE – U. de A., basado en informes financieros ACEMI

Gráfico No 30. Evolución de la rentabilidad del patrimonio con y sin la EPS ISS - 1996–2004



Fuente: GES - CIE – U. de A., basado en informes financieros ACEMI

Gráfico No 31. Margen Bruto Promedio para 12 EPS, 1996–2004



Fuente: GES - CIE – U. de A., basado en informes financieros ACEMI

Cuadro No. 42. Listado de EPS y regímenes que atiende

Nombre de la EPS	Régimen contributivo	Plan de Atención Complementaria PAC	Régimen subsidiado
EPS Saludcoop *	X	X	
Cruz Blanca EPS S.A. *	X	X	
Susalud EPS	X	X	
EPS Famisanar Ltda.	X	X	
Cafam - Colsubsidio	X	X	
EPS Servicio Occidental de Salud S.A. - EPS-SOS S.A.	X	X	
Compensar EPS	X	X	

Nombre de la EPS	Régimen contributivo	Plan de Atención Complementaria PAC	Régimen subsidiado
Salud Total S.A. EPS	X	X	
Colmena EPS S.A.	X		
EPS Sanitas S.A.	X		
Colseguros EPS	X		
Comfenalco Valle EPS	X		
Salud Colpatria EPS	X		
Coomeva EPS S.A.	X		
Saludcolombia	X		
Red Salud Atención Humana EPS S.A.	X		
EPS Progr. Comfenalco Antioquia	X	X	X
Cafesalud EPS S.A. *	X		X
Humana Vivir S.A. EPS	X		X
Solsalud EPS S.A.	X		X
Saludvida S.A. EPS	X		X
Calisalud EPS			X
EPS Cóndor S.A.			X
EPS Convida			X
Capresoca EPS			X
Selvasalud S.A. EPS			X
Caprecom EPS			X
Instituto de Seguros Sociales ISS			
Cajanal EPS			

* Pertenecen al mismo holding: EPS Saludcoop, Cruz Blanca EPS S.A. y Cafesalud EPS S.A.

Fuente: Adaptado de la Página web de la Superintendencia Nacional de Salud, listados de entidades vigiladas, 2007

Las ocho EPS públicas del país son: Calisalud y Cóndor del orden municipal; Convida, Capresoca y Selvasalud del orden departamental; ISS, Caprecom y Cajanal son del orden nacional. El ISS no tiene licencia de funcionamiento y Cajanal está en liquidación; ambas eran las únicas EPS-C públicas, sólo quedan entonces seis EPS públicas, todas ellas administrando el régimen subsidiado y una sola de ellas es del orden nacional[75].

5.3.2 Empresas Promotoras de Salud del régimen subsidiado - EPS-S

Las entidades territoriales (municipios y distritos) celebran los convenios para la administración de la prestación de los servicios de salud propios del régimen subsidiado con las EPS-S, de tal manera que éstas reciben de los fondos distritales y locales de salud el valor de una UPC-S por cada uno de los afiliados, independiente de su grupo de riesgo, a diferencia del régimen contributivo.

Según Ley 1122 de 2007 las EPS públicas en su régimen de contratación se rigen por el derecho privado (código de comercio), utilizando discrecionalmente las cláusulas exorbitantes del estatuto general de contratación de la administración pública previstas en la Ley 80 de 1993.

Las EPS-S tienen entre sus funciones fomentar y promover la afiliación de la población beneficiaria del régimen subsidiado, afiliar a la población beneficiaria de subsidios y expedir el carné correspondiente, informar debidamente al beneficiario sobre sus deberes y derechos, organizar estrategias destinadas a proteger, mantener y recuperar la salud de sus beneficiarios y establecer el sistema de información dispuesto por los entes reguladores.

La red de servicios para la atención de los beneficiarios debe contemplar acceso al primer nivel de atención cerca de la residencia del usuario y que la red abarque la totalidad del POS-S. La EPS- S debe vigilar, inspeccionar y controlar la calidad de los servicios prestados en la red.

Hay varias figuras jurídicas bajo las cuales están amparadas las EPS-S, con diferentes grados de excepcionalidad en su administración como se verá adelante, como son: las Cajas de Compensación Familiar - CCF, las Empresas Solidarias de Salud - ESS y las Entidades Promotoras de Salud Indígenas - EPSI. De tal modo, la población afiliada al régimen subsidiado está asegurada

[75] Con relación a las EPS nacionales, véase la sección 1.1.1 “Sistemas de salud y seguridad social” (páginas 1 y ss)

en 4 tipos de administradoras del régimen subsidiado: 12 Empresas Promotoras de Salud del régimen subsidiado - EPS-S (6 públicas y 6 privadas), 9 Empresas Solidarias de Salud - ESS, 14 Cajas de Compensación Familiar – CCF (incluyendo uniones temporales) y 9 EPS indígenas EPSI. La cantidad de entidades registrada aquí es muy variable.

Según Barón (2007), dentro de la operatividad del régimen subsidiado se contempló, prácticamente desde el comienzo, la posibilidad de suscribir convenios interinstitucionales entre dos o más entidades, en su mayor parte con la participación de las CCF, con el objeto de administrar conjuntamente el aseguramiento de la población objeto de subsidio en una región, área o territorio determinado.

El artículo 127 de la Ley 812 de 2003 dispone que, en consideración a la necesidad de garantizar un mayor compromiso, impacto y responsabilidad social, las nuevas EPS-S que se creen sean necesariamente entidades públicas y/o privadas sin ánimo de lucro. No habrá entonces EPS-S privadas nuevas.

Regionalización de EPS-S

La operación regional del Régimen Subsidiado RS es un concepto que aparece como consecuencia de la dispersión de EPS-S por todo el país. La primera tentativa de regionalización fue el decreto 1804 de 1999 que finalmente llevaría a una nueva centralización en las ciudades donde estas entidades ubicaban sus sedes y una dispersión aún mayor generando expansión fuera de las regiones de origen en procesos mediados por clientelismo y corrupción.

Al año siguiente de este decreto, el CENDEX (Centro de Estudios para el Desarrollo adscrito a la Universidad Javeriana) publicaría el documento “Consideraciones teóricas para una operación territorial del RS de salud en Colombia” bajo la formulación de ordenar las EPS-S con “pooles” de mercado y poco después la Universidad Nacional en su estudio sobre RS retomaría la idea basándose en la premisa de que éste era más eficiente en la operación regional (mediada por Cajas de Compensación Familiar).

El acuerdo 244 de enero de 2003 en su capítulo IV trata del tema de la operación regional, asunto postergado inexplicablemente. El Plan Nacional de Desarrollo 2002 – 2006 contenido en la Ley 812 de 2003, establece a su vez que “para la operación del RS, el Ministerio de la Protección Social definirá zonas de operación regional, con el fin de lograr la concentración poblacional que permita la operación eficiente del aseguramiento y la adecuada prestación del servicio a los afiliados”. En

consideración a esta Ley el Ministerio de la Protección Social MPS mediante el Decreto 1013 de 2005 definió las regiones para la operación así:

Cuadro No. 43. Regionalización de EPS-S

Región	Departamentos
Norte	Córdoba, Sucre, Bolívar, Atlántico, Magdalena, Guajira
Noroccidental	Antioquia, San Andrés, Providencia, Chocó, Caldas, Risaralda, Quindío, Tolima
Nororiental	Norte de Santander, Santander, Cesar, Boyacá, Arauca, Casanare
Centroriental	Huila, Cundinamarca, Meta, Guaviare, Guainía, Vaupés, Vichada; Bogotá, D.C.
Sur	Valle, Cauca, Nariño, Putumayo, Caquetá, Amazonas

De allí surge el acuerdo 294 de junio 28 de 2005 que reglamenta y pone en marcha una nueva concepción de la regionalización y define sus pautas: El MPS efectuó la convocatoria para seleccionar 15 EPS-S por región (de las 39 que había en el país), garantizando la presencia en cada región de al menos una EPS indígena, una EPS pública del orden nacional y otra territorial, una Empresa Solidaria de Salud ESS, una Caja de Compensación Familiar CCF y una EPS privada. Ninguna EPS-S sería autorizada para operar en más de tres regiones, aunque con excepciones.

Los criterios para evaluar las EPS-S que operarán en cada región en una escala de cero a 100 son: Opción preferencial de la misma EPS-S, experiencia (a partir de 1996), número de afiliados en la región, número de municipios en la región y percepción (satisfacción) sobre la EPS-S de los actores.

En agosto de 2005 se publicó el listado de resultados que parece excesivamente complaciente. Y si no véase esto: Bajo el ardid de CCF y EPS-S-I que no confluyen en los mismos departamentos, se repartió un solo cupo regional hasta entre 6 EPS-S de igual naturaleza, de tal manera que la región con menos EPS-S quedó con 17 (Sur) y la que más, con 22 (Noroccidental). Por supuesto, Caprecom califica en las cinco regiones.

El Acuerdo 387 de 2008 amplía el plazo de vigencia de esta distribución, establecido por Acuerdo 294, hasta el 31 de marzo de 2009. Según aquél: “El Ministerio de la Protección Social, informará al CNSSS sobre los resultados de la evaluación integral de la operación del régimen subsidiado y del

cumplimiento de los objetivos de la operación regional del mismo, con el fin de adoptar las medidas necesarias para lograr la operación eficiente del aseguramiento y la adecuada prestación de los servicios a los afiliados".

Empresas Solidarias de Salud – ESS

Las ESS son organizaciones originadas con el fin de cumplir dos propósitos fundamentales: gestionar la adquisición por parte de las comunidades de servicios de salud financiados mediante el subsidio directo otorgado por el Estado para este fin y facilitar la organización y desarrollo de las comunidades a través de la difusión de la cultura de la solidaridad.

Las ESS son una nueva figura jurídica creada por la Ley 100 de 1993, consistente en empresas de sector social y solidario, de carácter privado y comunitario, sin ánimo de lucro, donde los usuarios tienen la mayor participación y control en las decisiones fundamentales.

En 1994 ya se habían creado 169 ESS. El decreto 2357 de 1995 abruptamente convirtió las ESS en Administradoras del Régimen Subsidiado sin cumplir los requisitos técnicos ni financieros de las demás. Eso llevó a que en 1997 las ESS que se habían conformado regionalmente se dieran a la tarea de obtener sus personerías jurídicas y ser reconocidas legalmente, bajo figuras como asociaciones mutuales, cooperativas, corporaciones y fondos. Para 1998 estaban autorizadas para administrar el Régimen Subsidiado 19 EPS, 176 ESS, 41 CCF y 7 convenios interinstitucionales de CCF.

El Ministerio de Salud entonces, ante las sucesivas evaluaciones negativas de las EPS-S y la protesta general de los hospitales públicos por una supuesta intermediación de los recursos que no agregaba valor, ni pagaba oportunamente los servicios contratados, contrató estudios como el de CIMDER (adscrito a la Universidad del Valle) que mostraron una gestión endeble del aseguramiento por parte de las Empresas Solidarias de Salud, especialmente las que habían perdido su vocación comunitaria.

El decreto 1804 de 1999 "por el cual se expiden normas sobre el régimen subsidiado y se dictan otras disposiciones", fija un plazo para que las Empresas Solidarias de Salud cumplan con el requisito de un mínimo de 50.000 afiliados y establece que las ESS que no cumplan los requisitos para realizar la labor de aseguramiento, deben fusionarse o asociarse con otras empresas solidarias con el fin de acreditar los requisitos. El Decreto a la vez pone límites para crear nuevas EPS-S. Para

el año 2001 se redujo entonces notoriamente el número de EPS-S, al incrementarse los requisitos para su funcionamiento

Ante esta nueva política las ESS se plantearon la necesidad de organizarse; muchas desaparecieron y otras tantas se fusionaron. Alrededor de 90 pequeñas y medianas empresas solidarias de salud, se fusionaron a través de la figura de incorporación a ocho 8 grandes empresas nacionales, 9 empresas solidarias se transformaron en EPS indígenas y alrededor de 70 empresas entraron en proceso de liquidación.

Las 9 ESS que existen actualmente en Colombia se han organizado jurídicamente como cooperativas y asociaciones mutuales ante la falta de una reglamentación específica. Las ESS están en casi todas regiones, pero son más fuertes en las áreas rurales.

Las ESS que actualmente administran el régimen subsidiado son:

- Empresa Mutual para el Desarrollo Integral ESS (Montería)
- Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental de Cartagena Ltda. "COOSALUD ESS" (Cartagena)
- Asociación Mutual La Esperanza "ASMET SALUD" ESS (Popayán)
- Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó ESS (Quibdó)
- Entidad Cooperativa Sol de Salud del Norte de Soacha ECOOPSOS (Soacha)
- Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud de Nariño ESS "EMSSANAR ESS" (San Juan de Pasto)
- Cooperativa de Salud Comunitaria – COMPARTA (Bucaramanga)
- Cooperativa Empresa Solidaria de Salud "SARARE LTDA" (Saravena)
- Asociación Mutual SER Empresa Solidaria de Salud ESS (Cartagena)

Fuente: Adaptado de la Página web de la Superintendencia Nacional de Salud, listados de entidades vigiladas, 2007

Las ESS tienen actualmente unos 4,5 millones de usuarios en 780 municipios de 28 departamentos y en los cuatro distritos especiales.

Entidades Promotoras de Salud Indígenas - EPSI

La Ley 691 de 2001 reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, lo cual es reglamentado por el decreto 1804 de 1999 y el decreto 330 (clarificado mediante circular externa 114 de 2001) de 2001, y los decretos 2716 y 3183 de 2004 que establecen requisitos excepcionales que actualmente consisten en: Un número mínimo de 50.000 afiliados y acreditar que, como mínimo, el 60% de sus afiliados pertenecen a pueblos indígenas tradicionalmente reconocidos; contar con un capital social equivalente a 250 SMMLV por cada 5.000 afiliados; y contar con acto de creación del cabildo o autoridad indígena.

Las EPSI que actualmente administran el régimen subsidiado son:

- Asociación Indígena del Cauca – AIC (Cauca)
- Asociación Mutual ESS Guaitara de Ipiales (Nariño)
- Asociación de Autoridades Emmanuel (Riohacha)
- Asociación de Cabildos de Resguardo Indígena Zenú de San Andrés de Sotavento Córdoba - "Manexka" (Córdoba)
- Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar Dusakawi (Cesar)
- Asociación Mutual La Suiza de América ESS (Cauca)
- Entidad Promotora de Salud Pijaos Salud EPSI (Tolima)
- Asociación Mutual ESS Mallamás (Nariño)
- EPS Tayrona (Meta)

Fuente: Adaptado de la Página web de la Superintendencia Nacional de Salud, listados de entidades vigiladas, 2007

Con relación a la reglamentación de las condiciones excepcionales el acuerdo 77 de 1998 del CNSSS sobre régimen subsidiado da algunas pautas generales y el acuerdo 326 de 2006 establece el régimen subsidiado de los pueblos indígenas.

Las comunidades indígenas no están obligadas a aplicar la encuesta SISBEN, y en su reemplazo el gobernador del cabildo entregará al alcalde del municipio un listado censal con los datos de identificación de las personas pertenecientes a su comunidad que deben ser beneficiarias del Régimen Subsidiado. Los indígenas que pertenezcan al régimen contributivo no pueden pertenecer al régimen subsidiado.

El contenido del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado para las comunidades indígenas y la prestación de servicios correspondiente es ajustado y concertado entre las comunidades indígenas, las administradoras del régimen subsidiado y la entidad territorial, con aprobación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, dentro del tope máximo de la UPC subsidiada y ajustado a los preceptos, cosmovisión y valores tradicionales de dichos pueblos, contemplando incluso la potestad de establecer limitaciones a la promoción de servicios o al mercadeo de las administradoras del régimen subsidiado dentro de sus territorios. Tampoco son sujetos del cobro de cuotas moderadoras y copagos.

La adecuación del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado para los Pueblos Indígenas - POSI-S, incluye:

i) Acciones de medicina tradicional

ii) Adecuación sociocultural de los servicios de salud no indígena

iii) Promoción y prevención en salud indígena

iv) Subsidios y/o autonomía alimentaria (subsidio alimentario a las mujeres gestantes y a los menores de cinco años)

v) Utilización de las casas de paso y la utilización de guías bilingües.

Las EPS-C están obligadas a diseñar e implementar la prestación de los servicios del POS-C en igualdad de condiciones de acceso y respetando los derechos indígenas con relación al resto de la comunidad en la que habita.

Cajas de Compensación Familiar - CCF

Las Cajas de Compensación Familiar fueron creadas en Colombia en los años 60 como entidades de seguridad social que, con base en los aportes de los patronos, prestaban servicios de recreación, salud, vivienda y otros a las familias de los trabajadores. Actualmente están reglamentadas por la Ley 21 de 1982.

Los recursos destinados a salud dejaron de ser necesarios para atender a las familias de los trabajadores debido a la cobertura familiar de la nueva seguridad social, por lo que la Ley 100 de 1993 los destinó al Régimen Subsidiado, pero autorizando a las Cajas a gestionar directamente dichos recursos, por lo que fueron autorizadas también como administradoras del régimen subsidiado por Decreto 2357 de 1995, siempre que cuenten con un programa especial para la

administración de subsidios en que muestren capacidad técnica y científica y que los recursos para régimen subsidiado sean manejados en una cuenta independiente.

Valga aclarar que las CCF pueden administrar como EPS-C así como EPS-C, como ocurre en el caso de Comfenalco Valle y Comfenalco Antioquia.

Ahora bien, como EPS-S, el decreto 515 de 2004 fija unos parámetros para la operación conjunta de las CCF o el establecimiento de convenios de asociación de CCF (uniones temporales), así como para el retiro. Así, de las 56 CCF que existen en Colombia, diez prestan servicios al régimen subsidiado más otras cuatro uniones temporales de CCF, así:

- CCF Asfamilias (Bogotá)
- CCF Cafam (Bogotá)
- CCF Comfamiliar Camacol (Medellín – Antioquia)
- CCF de Antioquia Comfama (Medellín – Antioquia)
- CCF de Barrancabermeja Cafaba (Barrancabermeja – Santander)
- CCF de Cartago "Comfacartago" (Cartago - Valle del Cauca)
- CCF de Córdoba Comfacor (Montería – Córdoba)
- CCF de Fenalco Comfenalco – Cundinamarca (Bogotá- Cundinamarca)
- CCF de Fenalco de Tolima Comfenalco (Ibagué – Tolima)
- CCF de Risaralda Comfamiliar Risaralda (Pereira – Risaralda)
- Cajasalud UT
- Comfamiliares en Salud UT
- Convenio Camacol - Comfama UT
- Convenio Comfenalco UT

Fuente: Adaptado de la Página web de la Superintendencia Nacional de Salud, listados de entidades vigiladas, 2007

Habilitación de EPS-S[76]

[76] Véase al respecto el apartado "Habilitación de EAPB" en la sección 3.5.2 "Habilitación en el SOGC" (página 206)

5.3.3 Otras EAPB: EAS y EMP

Entidades Adaptadas en Salud - EAS

Creadas por los artículos 130 y 236 de la Ley 100 de 1993, las Entidades Adaptadas han funcionado como un prolongado sistema de transición, bajo la condición de prohibir afiliar nuevos usuarios, con el que se dio largas a los servicios de salud que prestaban las entidades públicas creados en buena medida al amparo de convenciones colectivas, mediante cajas, fondos, instituciones de seguridad social o departamentos médicos.

Las Entidades Adaptadas de salud – EAS han tenido que ajustarse gradualmente a los requerimientos de la Ley en cuanto su régimen de beneficios y financiamiento, para participar de la Subcuenta de Compensación del FOSYGA (son también Entidades Obligadas a Compensar EOC), recaudando, mediante retención a los servidores públicos, en forma creciente y explícita, las cotizaciones establecidas por la misma Ley.

El decreto 1890 de 1995 señala en su artículo décimo que las EAS continuarían prestando el servicio de salud a aquellos servidores que se encontraban vinculados en 1993, y hasta el término de la relación laboral o durante el período de jubilación, siempre y cuando acreditaran ante la Superintendencia Nacional de Salud algunos requisitos como tener un número de afiliados superior a 5.000 (y a la vez un número no inferior al 30% de los que inicialmente haya acreditado, superior a 2.000), presentar el presupuesto que permitiera establecer que la entidad disponía de los recursos necesarios para cumplir las funciones que le correspondían, acreditar capacidad técnica y administrativa, y el compromiso de financiar en su totalidad, al menos, el Plan Obligatorio de Salud - POS.

En virtud del Decreto 1890 de 1995, inicialmente fueron autorizadas 31 EAS. En 2000, ya había 10 EAS en proceso de liquidación. Para 2001, 10 EAS que correspondían a cajas o fondos de previsión social de las universidades públicas, luego de un proceso de definición jurídico-legal, quedaron formalmente categorizadas como un régimen especial. A 2005 según consta en los registros de compensación de FOSYGA, solo quedan dos:

- Servicio Médico de Empresas Públicas de Medellín ESP
- Fondo de Pasivo Social de los Ferrocarriles Nacionales de Colombia

Las últimas 9 EAS que se venido liquidando en este periodo (por lo que figuran aún en el listado de entidades vigiladas por Supersalud) son: Caja de Previsión Social de la Superintendencia Bancaria CAPRESUB; Instituto Colombiano de la reforma Agraria -Programa de Servicio Medico asistencial; Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá; Fondo de Previsión Social del Congreso de la República; Corporación Eléctrica de la Costa Atlántica - Servicio de Salud; Servicio de Salud de la Corporación Autónoma Regional del Valle del Cauca; Unidad de Salud Laboral del Municipio de Santiago de Cali; Caja Departamental de Previsión de Norte de Santander; Caja de Previsión Social de Boyacá.

Fuente: Adaptado de la Página web de la Superintendencia Nacional de Salud, listados de entidades vigiladas, 2007

Empresas de Medicina Prepagada

La medicina prepagada es un precursor del SGSSS, pero en un principio solo fue establecida como un seguro privado, y las empresas a cargo desarrollaron su actividad durante mucho tiempo sin que existiera alguna normatividad específica que regulara su ámbito de acción o protegiera a los usuarios del sistema, ni una autoridad administrativa que las vigilara. Apenas se dieron los primeros pasos al respecto con la expedición por parte del Ministerio de Salud de los decretos 800 de 1992, 1570 de 1993 y 1486 de 1994.

Las empresas de medicina prepagada hacen parte del Sistema de Seguridad Social Integral porque prestan el servicio público de salud previsto por el artículo 49 de la Constitución, en cumplimiento de las políticas establecidas por el MPS con tal fin y bajo la vigilancia y control de la SNS.

La circular externa 077 de 1998 aclara que las entidades de medicina prepagada y servicio de ambulancias prepagado, sólo pueden celebrar o renovar los contratos con personas que se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo

A partir del 1º de enero de 2003, quedaron gravados con el impuesto sobre las ventas, los planes de medicina prepagada y complementarios, las pólizas de seguros de cirugía y hospitalización, pólizas de seguros de servicios de salud y en general los planes adicionales, así como los tiquetes, bonos, vales y copagos, independientemente del valor del contrato.

En el país sólo existen 20 empresas formalmente autorizadas por la Superintendencia de Salud, 12 de las cuales son de medicina prepagada (cada una ofrece un número indeterminado de planes de beneficios) y 8 de ambulancias prepagadas.

Empresas de Medicina Prepagada:

- Cafesalud Medicina Prepagada S.A.
- Caja de Compensación Familiar Comfenalco Valle del Cauca
- Compañía de Medicina Prepagada Colsánitas S.A.
- Compañía Suramericana de Servicios de Salud S.A. Susalud Medicina Prepagada
- Humana S.A. Compañía de Medicina Prepagada
- Medisalud Compañía Colombiana de Medicina Prepagada S.A.
- Medisánitas S.A. Compañía de Medicina Prepagada
- Salud Colmena Medicina Prepagada S.A.
- Salud Colpatria S.A. Medicina Prepagada
- Salud Coomeva Medicina Prepagada S.A.
- Servicio de Salud Inmediato Medicina Prepagada S.A.
- Vivir S.A. Medicina Prepagada

Ambulancias prepagadas:

- Asistencia Médica de Emergencia de Santander Limitada – Ame Santander Ltda. (Bucaramanga)
- Asistencia Médica Inmediata-Servicio de Ambulancia Prepagada S. A. (Barranquilla)
- Emermédica - S. A. P. (Bogotá)
- E. M.I. – S. A. P. (Cali y Medellín)
- Servicio de Emergencias Regional (Servicio de Ambulancia Prepagado) S.A. (Pereira)
- Suma Emergencia (Bogotá)
- Programa Coomeva Emergencias Médicas SAP (Cali)

Fuente: Adaptado de la Página web de la Superintendencia Nacional de Salud, listados de entidades vigiladas, 2007

5.4 Direcciones territoriales de salud:

- Dirección Local de Salud (DLS)
- Dirección Distrital de Salud (DDS)
- Dirección Seccional de Salud (DSS)

Autor de la sección: Octaviano Augusto Herrera

Para la administración eficiente de la salud en el país en general y en los municipios en particular, es condición indispensable una gestión financiera de mucha fortaleza, a partir del conocimiento de la normatividad relacionada y del emprendimiento gerencial del equipo de trabajo que tiene bajo su responsabilidad el logro de la cobertura total de la población objetivo en el sector salud de las localidades.

Para tal propósito es necesario, partir del manejo crítico de la estructura del presupuesto municipal, considerado como el mejor instrumento de planeación financiera en el contexto empresarial de las municipalidades.

5.4.1 Recursos propios.

Son los comúnmente denominados fondos comunes y definidos por la Dirección Nacional de Planeación (DNP) como ingresos corrientes de libre destinación. Su organización y recaudo efectivo constituye el indicador que mide el grado de eficiencia fiscal de las administraciones municipales.

En cuanto a los recursos para la salud, correspondientes a este grupo representativo de la estructura de ingresos municipales, el Director Local de Salud y su grupo de colaboradores, deben generar habilidades y destrezas en los conceptos que se relacionan a continuación.

Impuestos Municipales.

Se debe precisar las condiciones de reglamentación del impuesto de Industria y Comercio, uno de los tributos, junto con el Predial, que constituyen la columna vertebral de las finanzas públicas municipales.

En términos generales en la mayoría de los municipios se maneja dentro del tributo anteriormente mencionado, cargas fiscales relacionadas con juegos de cartas, billares, dados y otros, que deben direccionarse hacia el Fondo Local de Salud, como recursos con destinación específica a la financiación de los servicios de salud, especialmente en lo relacionado con la atención del personas focalizadas mediante la encuesta SISBEN, como población vulnerable de las comunidades locales.

5.4.2 Monopolios Rentísticos

"Ningún monopolio puede establecerse sino como arbitrio rentístico, con una finalidad de interés público o social y en virtud de la Ley."

"Las rentas obtenidas en el ejercicio de los monopolios de suerte y azar están destinados exclusivamente a los servicios de salud."

El artículo 336 de la Constitución Política de Colombia, establece que el monopolio rentístico de los juegos de suerte y azar se dedicará a la consecución de los recursos para financiar la prestación de los servicios de salud, de manera exclusiva.

En desarrollo de tal artículo de la Carta Magna, se expide la Ley 643 del año 2001, denominada Ley de Régimen Propio de los Juegos de Suerte y Azar.

Tal norma establece que los municipios son titulares de las rentas del monopolio rentístico de todos los juegos de suerte y azar, en su artículo 2°.

De igual manera en su artículo 3°, ratifica que toda actividad que se realice en desarrollo del monopolio, se orientará a la financiación de los servicios de salud y que es la razón de ser del mismo.

Rifas y juegos promocionales

Las rifas constituyen una modalidad de juego de suerte y azar, en la cual se sortean en una fecha determinada, premios en especie entre quienes hayan adquirido o fueren poseedores de una o

varias boletas, emitidas en serie continua y puesta en venta en el mercado a precio fijo por un operador, previa y debidamente autorizado.

Las rifas generan, para el municipio, derechos de explotación equivalentes al 14% de los ingresos brutos. Al momento de la autorización, la persona gestora de la rifa acreditará el pago de los derechos de explotación correspondientes al 100% de la totalidad de las boletas emitidas. Cuando se realice la rifa, se ajusta el pago de los de los derechos de explotación al total de la boletería vendida.

Juegos Promocionales son las modalidades de juegos de suerte y azar organizados y operados con fines publicitarios y de promoción de bienes y servicios, establecimientos, empresas o entidades, en los cuales se ofrece un premio al público, sin que para acceder al juego se pague directamente.

Los Juegos Promocionales generan a favor del municipio derechos de explotación equivalentes al 14% del valor total del Plan de Premios.

Juegos localizados

Los juegos localizados son modalidades de juegos de suerte y azar que ejercen con equipos o elementos de juego en establecimientos de comercio, a los cuales asisten los jugadores como condición necesaria para poder apostar. Los de más común operación son los bingos, video bingos, esferódromos, máquinas tragamonedas, casinos, etc.

Son locales de juegos aquellos establecimientos en donde se combinan operaciones de distinto tipo de juego o aquellos establecimientos donde se combinan la operación de juegos localizados con otras actividades comerciales o de servicios.

Los juegos localizados son explotados por la Empresa Territorial para la Salud (ETESA) y sus recursos se distribuyen a los municipios mensualmente, durante los primeros 10 días de cada mes, según lo establece el artículo 32 de la Ley 643 de 2001.

Apuestas de eventos deportivos, gallísticos, caninos y similares

Son juegos de suerte y azar que se definen por un marcador, ganador, combinación o aproximaciones.

Los derechos de explotación Son determinados por reglamentación del Gobierno Nacional, a través del Consejo Nacional de Juegos de Suerte y Azar.

Eventos Hípicos

Los considera la norma como propiedad del municipio. Los derechos de explotación se liquidan como el 2% de los ingresos brutos percibidos. Sin son carreras foráneas, se liquida el 15 de los mismos.

5.4.3 Recursos de transferencias y participaciones[77]

Indiscutiblemente los recursos para la salud, están soportados en su gran mayoría por la figura de las transferencias y las participaciones que el Gobierno Central destina del Presupuesto General de la Nación hacia las Tesorerías locales y regionales, a partir de la expedición de la Ley 715 de 2001, que crea el Sistema General de Participaciones (SGP).

La mencionada Ley redefine las competencias y los recursos financieros para la Salud Pública, el Sistema General de Seguridad Social, y en particular, el Régimen Subsidiado de Salud, reafirmando el papel de la Superintendencia Nacional de Salud como ente de control y fijando la nueva distribución de funciones entre la Nación, los departamentos y los Municipios (artículos 42 a 46).

La Ley 715 de 2001, simplifica el flujo de recursos (fusiona situado fiscal y participaciones municipales para inversión social en salud) y diferencia los flujos por el objeto, distinguiendo en forma más precisa que recursos se dirigen a la salud pública y que valores en subsidios son de oferta o de demanda.

Igualmente convierte al Municipio en protagonista de la salud pública, la prevención de la enfermedad y la promoción en salud, y especialmente de la contratación y financiación del Régimen Subsidiado.

---

[77] Véase antes el capítulo 2.5 "Sistema General de Participaciones – SGP en salud: Recursos (transferencias) y competencias territoriales en salud" (página113)

A partir de la vigencia de la Ley en mención, los Fondos Locales de Salud operan como los recaudadores de los principales recursos de la salud y en los pagadores únicos descentralizados del Régimen Subsidiado. Posteriormente la Resolución 3042 de 2007 reglamenta su organización, operación y registro de las cuentas maestras, que buscan la mayor transparencia en el manejo de los recursos municipales para la salud.

Distribución de recursos para la salud territorial

En forma genérica, los recursos del SGP del sector Salud, se orientan a financiar los gastos relacionados, con fundamento a los siguientes componentes:

- Financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, de manera progresiva hasta lograr y sostener la cobertura universal
- Prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Es la atención a los vinculados
- Acciones de salud pública, definidas como prioritarias por el Ministerio de la Protección Social

Los recursos destinados para la financiación de la población pobre mediante subsidios a la demanda, se asignan con este propósito en la vigencia anterior, incrementados en la inflación causada y en el crecimiento real de los recursos del SGP para la salud.

Los recursos que forman parte del SGP, Sector Salud, Son distribuidos entre Distritos, Municipios y corregimientos departamentales. Estos recursos se dividen por el total de la población pobre atendida en el país mediante subsidios a la demanda en la vigencia anterior. El valor per cápita resultante se multiplica por la población pobre atendida mediante subsidios a la demanda en la vigencia anterior, en cada ente territorial. La población atendida para efectos del presente cálculo, será la del año anterior a aquel para el cual se realiza la distribución. El resultado será la cuantía que corresponda a cada distrito, municipio o corregimiento departamental.

Criterios para la transferencia de los recursos para la salud

Los recursos para financiar las acciones de salud pública, se distribuyen entre los municipios, distritos y corregimientos departamentales, de acuerdo con la sumatoria de los valores correspondientes a la aplicación de los siguientes criterios y porcentajes:

- Población por atender: Es la población de cada entidad territorial certificada por el DANE para el respectivo año y se distribuye entre los distritos, municipios y corregimientos de acuerdo con su población: 40%
- Equidad: Es el peso relativo que se asigna a cada entidad territorial de acuerdo a su nivel de pobreza y los riesgos en salud pública: 50%
- Eficiencia administrativa: Es el mayor o menor cumplimiento en metas prioritarias de salud pública, medidas por indicadores trazados: 10%

Los giros de los recursos para la salud, se efectúan en los diez primeros días de cada mes, periodo vencido, al Fondo Local de Salud, a cada una de las subcuentas como se explica adelante. Los giros correspondientes a los aportes patronales se hacen directamente a la entidad u organismo que administra las pensiones, cesantías, salud y riesgos profesionales del sector salud de las entidades territoriales. El Municipio debe realizar los registros presupuestales correspondientes, como transferencias sin situación de fondos.

Es importante resaltar que estos criterios de transferencia, constituyen el reto de los organismos de la salud territorial. Se convierten en los indicadores que miden la eficiencia, la eficacia y la economía en la gestión gerencial de la salud en las localidades colombianas.

5.4.4 Estructura de los fondos de salud

Los fondos de salud, de acuerdo con las competencias establecidas para las entidades territoriales en las Leyes 715 de 2001 y 1122 de 2007, están conformados por las siguientes subcuentas:

- Subcuenta de régimen subsidiado de salud
- Subcuenta de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
- Subcuenta de salud pública colectiva
- Subcuenta de otros gastos en salud

Cada subcuenta presupuestal prevista en la normatividad vigente, con excepción de la subcuenta de otros gastos en salud, se manejará a través de una **Cuenta Maestra**, conforme a lo previsto en la Resolución 3042 de 2007.

Presupuesto de Ingresos y Gastos

El presupuesto de los fondos de salud de las entidades territoriales, se rige por las normas presupuestales de las mismas, con sujeción a la Ley Orgánica del Presupuesto según artículo 352 de la Constitución Política y deben reflejar todos los recursos destinados a la salud, incluidos aquellos que se deban ejecutar sin situación de fondos.

El ordenador del gasto del fondo de salud, en coordinación con la Secretaría de Hacienda respectiva, prepara el anteproyecto de presupuesto de ingresos y gastos del fondo de salud, para su incorporación al proyecto de presupuesto general de la entidad territorial, como fondo cuenta especial, identificando al interior del mismo, cada uno de los conceptos de ingresos de destinación específica y cada uno de los conceptos de gasto, para lo cual deben identificarse con un numeral rentístico especifico.

- La formulación del presupuesto de los fondos de salud de las entidades territoriales, se sujeta a los objetivos, programas y proyectos prioritarios y viables en los planes sectoriales de salud que se formulen en el ámbito territorial, en coordinación con los respectivos planes, políticas y programas nacionales.
- Todos los gastos con cargo a los recursos del Fondo de Salud, están reflejados en el plan financiero y presupuestal de la respectiva entidad territorial, y de conformidad con lo establecido en el **artículo 33 de la Ley 1122 de 2007**, los gastos con cargo a la subcuenta de salud pública están acordes con las acciones priorizadas por el Gobierno Nacional en el Plan Nacional de Salud Pública adoptado mediante Decreto 3039 de 2007 y demás normas que lo adicionen, modifiquen o reglamenten.
- De conformidad con lo establecido en los **artículos 91 de la Ley 715 de 2001 y 38 de la Ley 1110 de 2006**, y el **artículo 2º del Decreto 1101 de 2007**, las rentas y recursos incorporados a los Fondos de Salud son inembargables.

Ingresos de los Fondos de Salud

A los fondos de salud deben girarse todas las rentas nacionales cedidas o transferidas con destinación especifica a salud, los ingresos corrientes de libre destinación asignados por la entidad territorial para el sector salud, la totalidad de los recursos recaudados en la entidad territorial

respectiva que tengan esta destinación, los recursos destinados a inversión en salud y en general, los destinados a salud que deban ser ejecutados por la entidad territorial.

En todo caso, no pueden administrarse recursos destinados al sector salud por fuera de las subcuentas que conforman los Fondos de Salud de la respectiva entidad territorial.

Subcuenta de Régimen Subsidiado de Salud

Ingresos

Son ingresos de la Subcuenta de régimen subsidiado de salud los recursos destinados a la financiación de la afiliación al régimen subsidiado de la población pobre determinada por la entidad territorial, procedentes de las siguientes fuentes:

- Los recursos del SGP destinados a la financiación de la afiliación de la población pobre mediante subsidios a la demanda.
- Los recursos que se asignen de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía para la afiliación de la población pobre mediante subsidios a la demanda.
- Los recursos propios que las entidades territoriales destinen para la financiación del régimen subsidiado en la respectiva entidad territorial.
- Los recursos del componente de propósito general del SGP, conforme a lo establecido en el parágrafo tercero del artículo 48 de la Ley **715 de 2001.**
- Los recursos de rentas cedidas destinados para la afiliación de la población pobre mediante subsidios a la demanda que, como mínimo, deben corresponder a los porcentajes definidos en el **literal c del numeral 1 del artículo 11 de la Ley 1122 de 2007**.
- Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA que, como mínimo, deben corresponder a los porcentajes definidos en el **artículo 47 de la Ley 1151 de 2007.**
- Los recursos de regalías destinados al régimen subsidiado.
- Los recursos de las cajas de compensación debidamente autorizadas para administrar los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, los cuales se adicionan sin situación de fondos, en sus respectivos presupuestos, en el monto correspondiente que vayan a contratar con la respectiva caja de compensación.

- Los recursos adoptados por los afiliados cuando hubiere lugar a ello, y los recursos aportados por los gremios, asociaciones y otras organizaciones quienes deben girarlos al fondo de salud de acuerdo con lo pactado en los respectivos convenios.
- Los recursos adicionales que a partir del año 2007 reciban los municipios, distritos y departamentos como participación y transferencias por concepto de impuesto de rentas sobre la producción de las empresas de la industria petrolera causada en la zona de Cupiagua y Cusiana.
- Los rendimientos financieros, los recursos del balance y demás ingresos que se generen a favor de la subcuenta.
- Los recursos y aportes que a cualquier título se asignen o reciba directamente la entidad territorial para la financiación de subsidios a la demanda.

Los departamentos creados por la Constitución de 1991 que tienen corregimientos departamentales o reciben recursos del SGP destinados para la financiación de la afiliación de la población pobre mediante subsidios a la demanda, deben constituir la subcuenta de régimen subsidiado de salud.

Cuando proceda el giro directo a las EPS-S de los recursos del SGP y del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, las entidades territoriales deben presupuestar y contabilizar estos recursos sin situación de fondos.

Gastos

Son gastos de esta subcuenta:

- La Unidad de Pago por Capacitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) para garantizar el aseguramiento a través de contratos suscritos con las EPS-S. Siempre debe identificarse si son apropiaciones con o sin situación de fondos.
- El 0.02% de los recursos del régimen subsidiado de los distritos y municipios destinados a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza las funciones de inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales.
- Hasta el 0.4% de los recursos de esta subcuenta destinados a los servicios de interventoría del régimen subsidiado.
- El pago a las Instituciones Prestadoras de Salud del valor correspondiente a las UPC-S contratadas únicamente cuando la EPS-S sea objeto de la medida de giro directo.

Subcuenta de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Ingresos

Son ingresos de la subcuenta de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, los destinados a la financiación de la atención en salud de dicha población, procedentes de las siguientes fuentes:

- Los recursos del SGP, destinados a la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, asignados por la Nación a cada entidad territorial, incluidos los recursos de aportes patronales que se presupuestan y contabilizan sin situación de fondos.
- Los recursos de rentas cedidas e impuestos cedidos y de destinación específica para el sector salud de las entidades territoriales, los obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los transferidos por ETESA, excluyendo el porcentaje que como mínimo determina la Ley para la financiación del régimen subsidiado, el porcentaje que, como máximo, se autoriza para la financiación del funcionamiento de las direcciones territoriales en los artículos 59 y 60 de la Ley 715 de 2001, y los recursos destinados al Fondo de Investigación en Salud.
- Los recursos propios de las entidades territoriales que destinen a la prestación de los servicios de salud de su población.
- Los recursos asignados por la Nación para la prestación de los servicios de salud a poblaciones especiales.
- Los recursos y aportes que a cualquier título se asignen o reciba directamente la entidad territorial para la financiación o cofinanciación de la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
- Los saldos de liquidación de contratos de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
- Los rendimientos financieros, los recursos del balance y demás ingresos que se generen a favor de la subcuenta.

Todos los departamentos y distritos así como, los municipios que tienen la competencia de prestación de servicios de salud de baja complejidad, deben constituir la subcuenta denominada Prestación de Servicios de Salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Gastos

Son gastos de esta subcuenta:

- Los destinados a garantizar la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
- Los destinados a garantizar la prestación de los servicios de salud a la población afiliada al régimen subsidiado en lo no cubierto por el POS subsidiado.
- Los que se destinen para la prestación de los servicios de salud a las poblaciones especiales de conformidad con la normatividad que para tal efecto se establezca.

Subcuenta de Salud Pública Colectiva

Ingresos

Son ingresos de la subcuenta de Salud Pública Colectiva, los destinados a financiar las acciones de salud pública colectiva con recursos procedentes de las siguientes fuentes:

- Los recursos del SGP destinados a financiar las acciones de salud pública a cargo de la entidad territorial.
- Las demás partidas diferentes al SGP que sean transferidas por la Nación para la financiación de las acciones de salud pública colectiva, tales como los programas de control de vectores, lepra y tuberculosis.
- Los recursos que se asignen a la entidad territorial para salud pública colectiva provenientes del Fondo de Seguridad y Garantía.
- Los recursos que se generen por la venta de los servicios de los laboratorios de salud pública colectiva y para la prestación de los servicios de los Laboratorios de Salud Pública.
- Los recursos de regalías destinados a salud pública.
- Los rendimientos financieros, los recursos del balance y demás ingresos que se generen a favor de la subcuenta.

- Los recursos y aportes que a cualquier título se asignen o reciba directamente la entidad territorial para la financiación o cofinanciación de acciones de salud pública colectiva.

Gastos

Son gastos de esta subcuenta:

- La financiación de las acciones del Plan de Intervenciones colectivas de salud pública a cargo de la entidad territorial, conforme a la reglamentación que para el efecto se explica.
- La financiación de las acciones requeridas para el cumplimiento de las competencias de salud pública asignadas en la Ley 715 de 2001, o en la norma que la sustituya, modifique o adicione.

El talento humano que desarrolla funciones de carácter operativo en el área de salud pública de acciones colectivas, cualquiera que sea su modalidad de vinculación, puede financiarse con recursos propios, recursos de la participación de propósito general del SGP de la respectiva entidad territorial, recursos de salud pública del SGP y con los recursos de las transferencias nacionales para el caso exclusivo de las acciones de salud pública de promoción, prevención, control y vigilancia de enfermedades transmitidas por vectores, tuberculosis y lepra.

El talento humano que desarrolla funciones de carácter administrativo de coordinación o dirección en el área de salud pública, cualquiera que sea su modalidad de vinculación, debe financiarse con recursos propios y recursos de la participación de propósito general del SGP de la respectiva entidad territorial.

No se pueden destinar recursos de esta subcuenta para el desarrollo o ejecución de actividades no relacionadas directa y exclusivamente con las competencias de salud pública o con las acciones de salud pública del Plan de Intervenciones Colectivas de Salud Pública, que se defina.

Los recursos de Sistema General de Participaciones de la Subcuenta de salud pública del fondo de salud, deben ser empleados así:

Cuadro No. 44. Aplicación de los recursos de Sistema General de Participaciones de la Subcuenta de salud pública

Tipo de entidad territorial	% de Recursos destinados a:

	Plan de salud pública de intervenciones colectivas	Competencias asignadas en salud pública*
Municipios de categoría 4, 5 y 6	100%	0%
Distritos y municipios de categorías Especial, 1, 2 y 3	Mínimo 60%	Resto (se aplica en el municipio o distrito)
Departamentos	Hasta 40%**	Resto (municipios categoría 4, 5 y 6)

* *Competencias asignadas en salud pública:*

- *Vigilancia en salud pública de riesgos y daños biológicos, y del comportamiento*
- *Vigilancia sanitaria*
- *Inspección y vigilancia y control del ambiente*
- *[Monitoreo de] acciones de promoción y prevención de Plan de Intervenciones Colectivas, POS y población pobre no asegurada.*

** *Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a su cargo e intervenciones colectivas en municipios categoría 4, 5 y 6 de su jurisdicción:*

- *Salud oral*
- *Enfermedades transmisibles y zoonosis*
- *Enfermedades crónicas no transmisibles*

Subcuenta de Otros Gastos en Salud.

Ingresos

Son ingresos de la subcuenta de otros gastos en salud, los siguientes:

- Los Ingresos Corrientes de Libre Destinación asignados por la entidad territorial para el funcionamiento de las direcciones territoriales de salud.

- Los recursos de rentas cedidas e impuestos cedidos y de destinación específica para el sector salud de las entidades territoriales, los obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los transferidos por ETESA, destinados a financiar los gastos de funcionamiento de las direcciones de salud, de conformidad con los artículos 59 y 60 de la Ley 715 de 2001, y que no correspondan a los identificados en las restantes subcuentas.
- Los recursos que para los departamentos y el Distrito Capital destina el Fondo de Investigación en Salud administrados por Conciencias de conformidad con el parágrafo 1º del artículo 42 de la Ley 643 de 2001.
- Los recursos y aportes que a cualquier título se asignen o reciba directamente la entidad territorial para la financiación o cofinanciación de proyectos de inversión o acciones de salud diferentes a las contempladas en las demás subcuentas.
- Los recursos destinados a financiar proyectos de investigación en salud.
- Los recursos transferidos por la Nación y las entidades territoriales para el pago del pasivo prestacional del sector salud causado a 31 de diciembre de 1993, de conformidad con los convenios de concurrencia, con y sin situación de fondos.
- Los recursos destinados por la Nación y las entidades territoriales al desarrollo de las acciones de reorganización de redes de prestación de servicios de salud.
- Los recursos de la participación de propósito general que los municipios de categorías 4ª, 5ª y 6ª destinen libremente, para inversión o funcionamiento del sector salud.
- Los rendimientos financieros, los recursos del balance y demás ingresos que se generen a favor de la subcuenta.

Los recursos destinados al Fondo de Investigación en Salud administrado por CONCIENCIAS constituyen un recaudo con destinación específica para terceros, de conformidad con el artículo 42 de la Ley 643 de 2001.

Los recursos destinados al programa de organización y modernización de redes, de que trata el artículo 54 de la Ley 715 de 2001, por su destinación específica no hacen unidad de caja con los otros recursos.

Gastos

Son gastos de esta subcuenta:

- Los destinados a financiar proyectos de investigación en salud.
- Los destinados a garantizar el funcionamiento de las direcciones de salud de las entidades territoriales.
- Los destinados para garantizar el pago del pasivo prestacional del sector salud causado a 31 de diciembre de 1993, de conformidad con los convenios de concurrencia.
- Los destinados a la financiación o cofinanciación de proyectos de inversión o acciones de salud diferentes a las contempladas en las demás subcuentas.
- Los destinados por la Nación y las entidades territoriales al desarrollo de las acciones de reorganización de redes de prestación de servicios de salud.
- Los demás gastos destinados a financiar las inversiones o acciones de salud diferentes de los contemplados en las demás subcuentas.

5.4.5 Funcionamiento de las cuentas maestras

Cuentas maestras son la cuentas registradas en el Ministerio de la Protección Social para la recepción de los recursos del SGP Sector Salud y a las cuales ingresan la totalidad de los recursos de las subcuentas de régimen subsidiado, de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y de Salud Pública Colectiva de los Fondo de Salud de las entidades territoriales, y sólo aceptan como operaciones débito aquellas que se destinan a otra cuenta bancaria que pertenece a una persona jurídica o natural beneficiaria de los pagos y que se encuentra registrada en cada cuenta maestra, de acuerdo con los conceptos de gasto previstos en la Resolución 3042 de 2007. Por lo tanto existe una cuenta maestra por cada subcuenta y toda transacción que se efectué con cargo a ellas, **debe hacerse por transferencia electrónica.**

Los ingresos y gastos de la "subcuenta de otros gastos en salud", no requieren de la apertura de una cuenta maestra y pueden manejarse a través de dos cuentas bancarias según el concepto del gasto: de inversión en salud o de funcionamiento, bajo la responsabilidad del Director del Fondo de Salud, atenido a criterios de seguridad y eficiencia en el destino de los recursos públicos.

Dispone la norma que ninguno de los recursos de la salud territorial se pueden manejar por fuera de las correspondientes cuentas maestras.

Operación de las cuentas maestras

Las cuentas maestras deben abrirse en entidades financieras que garanticen el pago de intereses a tasas comerciales aceptables. Lo contrario acarreará las sanciones establecidas en el artículo segundo de la Ley 1122 de 2007.

Para efectos de los pagos que se deben realizar desde cada una de las cuentas maestras se deben cumplir las siguientes reglas:

- Registro del nombre o razón social de los beneficiarios de la respectiva cuenta maestra.
- Registro del tipo y número de las cuentas de los beneficiarios.
- Pago por transferencia electrónica a la cuenta del beneficiario.

Beneficiarios de la cuenta maestra de régimen subsidiado

- EPS-S
- Entidades que efectúan la interventoría del régimen subsidiado.

Las EPS-S del régimen subsidiado deben tener una cuenta bancaria por departamento o a nivel nacional con un único número de identificación tributaria – NIT.

Beneficiarios de la cuenta maestra de prestación de servicios en lo no cubierto por subsidios a la demanda

- Prestadores de servicios de salud, dentro de la red de prestación de servicios, con los cuales no se tenga contrato para la prestación de servicios de urgencias.

Beneficiarios de la cuenta maestra para la prestación de servicios de salud pública colectiva

- El talento humano certificado de la entidad territorial independiente de su forma de vinculación.
- Las ESES de la entidad territorial, debidamente habilitada para la ejecución de acciones de salud pública colectiva.
- Otras IPS de salud habilitadas para la ejecución de acciones de salud pública colectiva.
- Proveedores personas naturales o jurídicas que no sean prestadores de servicios de salud, que desarrollen acciones de promoción de la salud, información, educación y comunicación,

capacitación e investigación en salud pública, tales como universidades, centros de investigación, fundaciones, instituciones y ONG, habilitadas para el desarrollo de estas actividades.

- Proveedores personas naturales o jurídicas que no sean prestadores de servicios de salud, que presten servicios o suministren elementos, insumos necesarios para el desarrollo de las acciones en salud pública, así como el apoyo logístico contenido en el Plan de intervenciones colectivas de salud pública a cargo de la respectiva entidad territorial.
- Instituciones departamentales o municipales habilitadas que sean seleccionadas por la Dirección Departamental de Salud bajo la figura de concurrencia, para el desarrollo de acciones de intervenciones colectivas en los municipios en que la magnitud o complejidad de la problemática supere la capacidad resolutiva local.

Registro de las cuentas maestras

A partir de la vigencia de la Resolución 3042 de 2007, es obligatorio, ante el Ministerio de la Protección Social, el registro de las cuentas maestras de las subcuentas de régimen subsidiado, de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda, y de salud pública colectiva de los Fondos de Salud de las entidades territoriales, y se sujetará a los procedimientos de solicitud de registro de cuentas y de sustitución y terminación de cuentas registradas.

Solicitud de registro de cuentas maestras

Sólo procede cuando se cancelen las cuentas registradas en el Ministerio de la Protección Social o se autorice la sustitución de las mismas.

Las entidades territoriales deben diligenciar el formulario **Registro de Cuentas Maestras,** con sus respectivos anexos, suministrados por el Grupo de Presupuesto del Ministerio de la Protección Social, realizando las siguientes actividades:

- Diligenciar en su totalidad el formulario y remitirlo al Grupo de Presupuesto del Ministerio, debidamente firmado por el gerente de la entidad bancaria, el ordenador del gasto y el tesorero de la correspondiente entidad territorial.
- Anexar al formulario copia legible del NIT de la entidad territorial y copia de la cédula de ciudadanía, acto de nombramiento y acta de posesión del tesorero.

Después de verificar la información recibida el Ministerio solicitará al Gerente de la correspondiente entidad financiera, dentro de los tres días siguientes al recibo de la solicitud, certificación escrita del número de la cuenta enviada por la respectiva entidad territorial como cuenta maestra.

Registro de cuentas

El Ministerio, a través del Grupo de Presupuesto, una vez autorizada la solicitud, realizará las siguientes actividades:

- Registrará la cuenta en el Sistema Integrado de Información Financiera, SIIF.
- Emitirá oficio de confirmación del registro de la cuenta en original y dos copias así: original para la entidad territorial, copia 1 para la entidad financiera y la copia 2 para el archivo del grupo de Presupuesto del Ministerio.

En ningún caso puede existir más de una cuenta maestra registrada, para cada una de las subcuentas bajo estudio, para la misma entidad territorial.

Solicitud de sustitución de cuentas maestras

- La entidad territorial solicitará al Secretario General del Ministerio de la Protección Social, debidamente justificada, la autorización para la sustitución de la cuenta maestra de que se trate.
- Si la cuenta maestra que se pretende sustituir se encuentra embargada, no procede la autorización para tal efecto.
- La sustitución de cuentas maestras solo procederá por fuerza mayor comprobada y la configuración de las siguientes causales:
    - Deficiencia en los servicios de la entidad financiera donde se encuentra la cuenta.
    - Cierre de la sucursal bancaria.
    - Apertura de sucursal bancaria en el municipio donde no existía ninguna.
    - Apertura de sucursal bancaria del mismo banco, más cercana al municipio.
    - Destrucción de la sede de la entidad financiera.

Solicitud de terminación de cuentas registradas

- Se solicita simultáneamente con la solicitud de sustitución.

- Diligenciar el formulario y remitirlo al Grupo de Presupuesto del Ministerio, firmado por el Gerente del banco, el ordenador del gasto y el tesorero de la entidad territorial.
- Anexar al formulario certificación bancaria de la terminación de la respectiva cuenta.

6. PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PSS

Según el decreto 1011 de 2006 que regula el Sistema Obligatorio para la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud SOGC, y también de acuerdo con el decreto 4747 de 2007, son Prestadores de Servicios de Salud PSS:

- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS (públicas y privadas)
- Profesionales Independientes de Salud - PI
- Servicios de Transporte Especial de Pacientes - TEP
- Grupos de práctica profesional - GPP que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud

Profesional Independiente es la persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual puede contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

6.1 Evolución histórica de la red prestadora en Colombia

La oferta de prestación de servicios de salud en Colombia se origina en tres subsistemas que operaron separadamente hasta la puesta en marcha del SGSSS en 1993: i) el hospitalario (el subsistema más antiguo), ii) la seguridad social y iii) el subsistema privado. En este digesto se irán considerando cada uno de ellos en la medida de su aparición y preeminencia.

Los primeros hospitales en Colombia[78]

[78] Con relación a la seguridad social, véanse, paralelamente a este apartado, los dos últimos apartados: "La seguridad social en Colombia: Antecedentes" y "El debacle de las EPS públicas nacionales") de la sección 1.1.1 "Sistemas de salud y seguridad social" (página1)

Es bien sabido que los hospitales nacieron en el mundo occidental como organizaciones de caridad dedicadas al cuidado de los desvalidos, como una misión para ciertas órdenes religiosas ("hospitalarias"). A la vez los primeros hospitales registrados en Colombia aparecieron apenas después del descubrimiento gracias a Reales Cédulas de los Reyes Católicos promulgadas en el siglo XVI. De todas formas hasta la colonia los hospitales no prestaron mucha ayuda a la salud, porque tenían un carácter, más que médico, religioso y sus recursos eran muy escasos.

En fin, ya durante los siglos XIX e inicios del XX hubo un período que se ha dado en llamar laico caritativo: La comunidad civil se daba a la tarea autónoma de fundar hospitales, su funcionamiento apelaba a la participación de personas altruistas y, aunque había conexión con órdenes religiosas, la administración estaba a cargo de juntas directivas de carácter privado.

En 1923 la gubernamental Junta Central de Higiene (fundada en 1886) se establece definitivamente en el Ministerio de Instrucción y Salubridad Públicas, y en 1925 agrega a sus funciones la asistencia pública, con lo cual comienza el control estatal de las instituciones privadas y de beneficencia que prestan asistencia pública. Poco después los hospitales, centros de atención aislados, con autonomía jurídica y finanzas propias serían bautizados por el gobierno Instituciones de Utilidad Común (décadas de los 40 a los 60) y la forma en que recibían financiación estatal era por medio de los denominados auxilios, término que implica transferencia de recursos sin contraprestación.

Institucionalización de la medicina científica

La Misión Americana que visita Colombia en 1950 promulga el Plan Currie, donde la salud comienza a considerarse como parte fundamental del nivel de vida (perspectiva de desarrollo económico). El énfasis de las reformas por este entonces se centró en el desarrollo de una medicina curativa y de atención hospitalaria de mejor calidad.

Así las cosas, el modelo del médico humanista francés y del hospital de caridad no concordaban con los requerimientos de las nuevas urbes industrializadas y aparece el hospital moderno, con tecnología, secularizado, manejado con criterio de empresa y con servicios las 24 horas del día.

Poco después, la Ley 39 de 1969 formuló el "Plan Hospitalario Nacional", que proponía construir, dotar y operar 54 hospitales, entre 91 prioritarios, además de la financiación con aportes de situado fiscal y rentas cedidas (semilla del concepto que la doctrina económica imperante designaría como subsidio a la oferta), la sujeción a normas e intervención del Estado y la inversión por intermedio del Fondo Nacional Hospitalario.

Más adelante empieza en los hospitales un período llamado de integración funcional: El gobierno promovió la agregación de los servicios de salud pública a los hospitales (como salud oral, vacunación, atención materno-infantil, saneamiento ambiental). La gestión continuó siendo privada, pero la financiación recibió impulso del gobierno y los hospitales entraron en una situación jurídica ambigua. Existían problemas relacionados con su propiedad, pues eran en general entidades de derecho privado, regidos por una Junta Directiva de origen comunitario, construidos sobre lotes donados y con aportes de variadísimas fuentes. De hecho, sólo parte de los trabajadores eran funcionarios públicos.

La red prestadora en el Sistema Nacional de Salud SNS

El Decreto-Ley 056 de 1975 dio vida al Sistema Nacional de Salud SNS, una solución de compromiso entre los subsectores privado, de seguridad social y oficial.

Por el SNS las Juntas Directivas de los hospitales fueron impelidas a una especie de suicidio colectivo dirigido al que muy pocos se resistieron, pues estas entidades son forzadas a colocarse en propiedad del Estado condicionados por la conservación de aportes estatales. La financiación de los hospitales era en su gran mayoría estatal, en una asignación de acuerdo a planes, más una proporción menor de venta de servicios.

El SGSSS adoptó la estructura de organización que había sido introducida por el SNS en 1975, que había propuesto tres niveles de complejidad según el modelo piramidal clásico. La red de servicios de salud se organizará por grados de complejidad relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contrarreferencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad, así:

Cuadro No. 45. Niveles de complejidad de los prestadores de servicios de salud

Nivel de complejidad		Servicios prestados			Resolutividad
Resolución 5261/1994	Ley 715 de 2001	Consulta externa	Hospitalización	Profesionales comprometidos*	
I	Baja	Consulta externa y hospitalización en medicina general	Requerimiento básico	Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados	80%
II	Mediana	Consulta externa y especialidades esenciales (cirugía general, ginecoobstetricia, medicina interna, pediatría)	Requerimiento intermedio	Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.	15%
III	Alta	Consulta externa y todas las especialidades	Nivel avanzado	Médico especialista con la participación del médico general y/o profesional paramédico	5%

* *Según Resolución 5261 de 1994 (MAPIPOS)*

Adaptación y crisis

El caso es que iniciando los años ochenta era evidente que el SNS no era un verdadero sistema y que cada subsector se desarrolló con total autonomía, produciendo desequilibrios e inequidades. Otro factor en contra de la integración del Sistema fue el desprestigio de las inversiones en la construcción y dotación de hospitales. Por todo eso en 1986 el gobierno elabora el proyecto "Consolidación del Sistema Nacional de Salud", para modernizar el SNS y realizó el "Estudio Sectorial de Salud". En los resultados sobre hospitales se mostró que su productividad había disminuido con la división en niveles.

Estos insumos sirvieron para formular la Ley 10 de 1990, "por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud". El eje era la descentralización de los servicios de salud, de la Nación hacia departamentos y municipios; pero la ésta sólo influyó a la red pública, sin afectar a los subsectores de seguridad social y privado. Muchos proyectos de cooperación se articularon a través de la estrategia de los Sistemas Locales de Salud (SILOS). Pero fue una estrategia inconclusa, venían tiempos turbulentos para el sector.

Ley 100 de 1993: el SGSSS y la red prestadora unificada

En 1993 se sancionaron, reglamentando la nueva constitución, la Ley 60 sobre asignaciones y competencias territoriales en el marco de la descentralización y la Ley 100, que crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS bajo un nuevo paradigma político y económico. En esta norma se acuña la expresión Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS en referencia a todos los prestadores de naturaleza pública, privada o mixta.

Es así que se transforma la mayoría de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado - ESE. El proceso se llevó a cabo a finales de 1997 ubicando a las ESE dentro de una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, con una estructura básica de tres áreas (dirección, atención al usuario y logística), con el fin de adaptarse al nuevo marco legal, mejorar su competitividad, elevar los niveles de calidad en la prestación de los servicios y lograr sostenibilidad financiera.

La prestación directa de servicios por parte de las antiguas previsoras se vuelve cosa de la historia cuando aparece el SGSSS y más bien se constituyen en general en aseguradoras que contratan con la red existente.

Para 1998 la información del ministerio –que la misma cartera reconocía como deficiente- contaba con que la red de servicios del sector público estaba constituida por 3.340 puestos de salud, 904 centros de salud, 128 centros de salud con camas y 555 hospitales. Del total de hospitales, 397 corresponden a establecimientos del primer nivel, 126 del segundo nivel y 32 del tercero. El sector privado posee 340 clínicas.

Pero iniciando este siglo la crisis de los hospitales públicos era evidente, debido a las dificultades para su conversión en agentes de mercado, por la intermediación en el manejo de los recursos públicos que antes recibían como subsidio a la oferta y por la confusión entre descentralización y autarquía total, lo que OPS-Colombia llamaba "desintegración de la red de servicios". El cierre de hospitales públicos en las grandes ciudades se convirtió en la mayor evidencia del impacto negativo del sistema sobre la red hospitalaria privada y más sobre la pública, con sus viejos problemas económicos y administrativos.

La red prestadora hoy

A partir de esta escisión, la red prestadora de servicios de salud en Colombia se simplifica con dos subsistemas articulados en el SGSSS: Público y Privado. Sólo persisten como excepciones los regímenes especiales, entidades que conservan algunos resabios de la previsión social con la administración y la prestación integrados: Fuerzas armadas, magisterio, Ecopetrol (con el 3,9% de la población colombiana afiliada) y las Entidades Adaptadas de Salud EAS (quedan sólo dos), con el 0,5% de los afiliados.

El subsistema público se compone en general de algunas IPS públicas no trasformadas y las ESE del nivel municipal, distrital, departamental y nacional, estas últimas bajo la figura de entidades adscritas al Ministerio de la Protección Social MPS.

La red privada ofrece más complejidad en su clasificación. Baste saber que está compuesto de hospitales (fundamentalmente los pocos que no se pusieron en manos del Estado bajo el SNS), IPS integradas verticalmente a las EAPB, otras IPS privadas y PSS independientes.

Los prestadores privados

Para los antiguos sistemas de salud los PSS privados no eran parte activa, pero la Ley 10 de 1990 estableció que la atención en salud era un servicio público que podía ser ofrecido por los individuos

públicos o privados, y que el gobierno tenía el derecho de intervenir y regular, criterio que se mantiene en la Ley 60 de 1993 y la Ley 715 de 2001 que la revocó.

Actualmente, las IPS públicas y privadas son en general responsables por los servicios de salud a los afiliados de las Administradoras de Planes de Beneficios EAPB, mientras los hospitales públicos se hacen responsables, además de los asegurados, de la atención de la población pobre no asegurada ("vinculados").

Sugieren algunos especialistas que con la implementación de la competencia regulada algunas EAPB han preferido hacer integración vertical consolidando redes prestadoras propias o contratar los servicios con IPS privadas, que muestran una mayor capacidad de gestión. Como reacción, los hospitales públicos han utilizado su poder político para retrasar la transformación de los subsidios.

Los PSS privados por su parte, interesados en los particulares con pólizas o con capacidad de pago, también se consideran afectados por la reforma. Sus ingresos, exponen, se han visto reducidos por la progresiva tendencia a afiliarse al sistema.

La regulación de la oferta de PSS

El artículo 42 de la Ley 715 de 2001, al fijar las competencias en salud por parte de la nación, le asigna el "definir, implantar y evaluar la política de prestación de servicios de salud […y] regular la oferta pública de servicios, estableciendo las normas para controlar su crecimiento, mecanismos para la libre elección de PSS por parte de los usuarios y la garantía de la calidad; así como la promoción de la organización de redes de prestación de servicios de salud, entre otros". En el primer aspecto, el artículo 65 sobre planes bienales de inversiones en salud determina que "Las secretarías de salud departamentales y distritales prepararán cada dos años un plan bienal de inversiones en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, dotación o equipos biomédicos" previendo sanciones para quienes no acaten la norma. Más adelante la Corte constitucional, mediante Sentencia C-615 de 2002, modulará el alcance de la medida declarando inexequibles algunos apartes que comprometían a los PSS privados en consideración a que "sacrifica innecesariamente derechos y garantías de los particulares, llegando a afectar su núcleo esencial y aun afectando el interés público". La consecuencia es obvia: La regulación sólo recae en las IPS públicas.

6.2 Caracterización de la red prestadora en Colombia

Sobre la red prestadora de servicios de salud en Colombia no se conoce mucho, descriptivamente. El documento "**POLÍTICA NACIONAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**", en su segundo capítulo "contexto de la política", tiene dos secciones sobre entorno socio-político y económico de Colombia y sobre sector salud. Y en ésta última se trata acerca de varios tópicos, entre ellos descripción de la oferta nacional de prestadores de servicios de salud y la caracterización de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas. Sobre ellos se hace esta reseña.

6.2.1 Prestadores, servicios y profesionales registrados

Cuadro No. 46. Prestadores registrados en REP

Tipo de Prestador		Cantidad	
		Nº	%
Instituciones prestadoras de servicios de salud (con sus respectivos puntos de atención o sedes)	IPS Públicas	4.466	32,3%
	IPS Privadas	9.374	67,7%
	TOTAL IPS	**13.840**	**25,24%**
Profesionales de la salud independientes		41.112	74,97%
Total PSS		**54.952**	**100%**

Distribución de prestadores registrados en Colombia 2004. Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS, 2004

Registro prestadores de servicios de salud

Solo sumando Bogotá, Antioquia y Valle suman el 54,6% de los PSS del país y el 42,5% de las IPS. En cambio, el 70% de las IPS públicas prestan sus servicios en áreas diferentes a Bogotá, Antioquia, Santander y Valle del Cauca, mientras que sólo lo hacen el 38% de las IPS privadas.

Con relación a los servicios ofrecidos, de los 40.809 reportados los más frecuentes son odontología 18,86%, medicina general 17,39% y servicios quirúrgicos con un 15,03%.

Se registraron a nivel nacional un total de 52.475 camas, de las que un 48,42% son para servicio general adulto, pediátricas 17,76% y obstetricia 14,58%. La razón del número de camas a nivel nacional, se sitúa en 1,14 camas hospitalarias por mil habitantes.

Gráfico No 32. IPS con camas por tipo

Fuente: Ministerio de la Protección Social. *Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud (2005)*

En cuanto a profesionales independientes, si bien existen 41.112 registrados, sólo se declararon 23.571 servicios en el territorio nacional. La Odontología fue el servicio más declarado, representando el 54.87% del total, seguido por medicina general con 21,66% y de lejos otros como fisioterapia, psicología, terapia respiratoria y fonoaudiología.

De los 43.166 médicos registrados en la base de ASCOFAME (en 2000), el 57.26% son médicos generales, y el 42,74% especialistas, con una relación de 1,33 médicos generales por cada especialista. La tasa nacional de médicos generales por 10 mil habitantes es de 5,93, y la de especialistas de 4,43. Se observa una gran concentración de médicos generales en los municipios de más de 500 mil habitantes, que es 23 veces mayor que en los de menos de 20.000 habitantes.

Para 2004, la razón de enfermeros profesionales por 1.000 habitantes era de 0,56, la razón de odontólogos por 1.000 habitantes era de 0,62, y la razón de personal de enfermería no universitario por 1.000 habitantes era de 2,39.

6.2.2 Las IPS Públicas del Orden Territorial

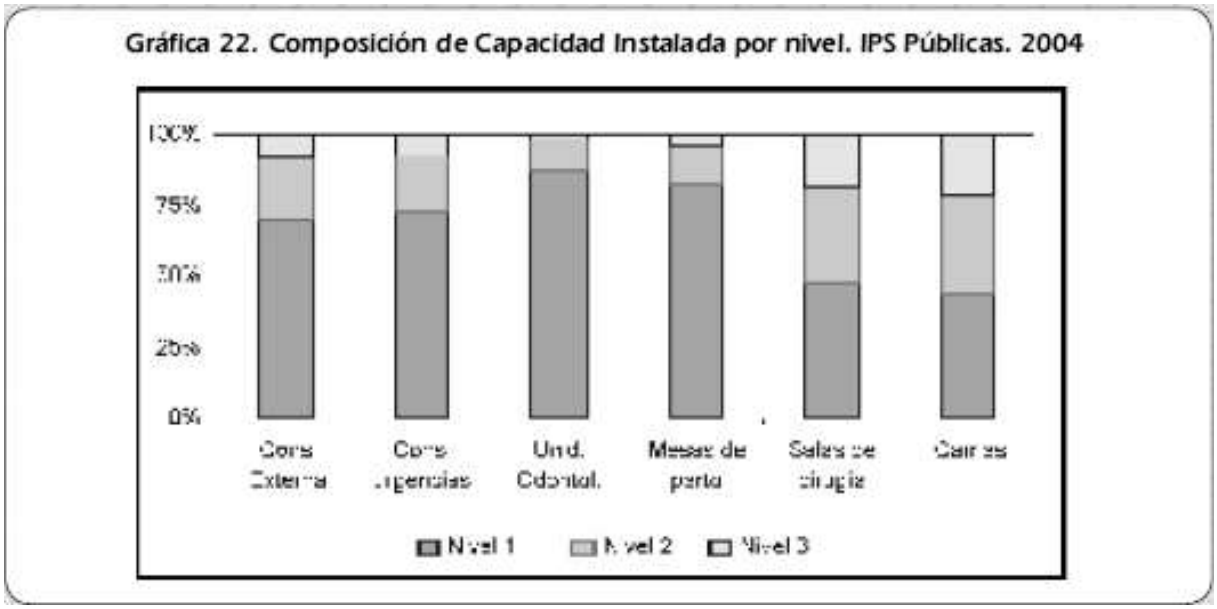
De las 1.008 IPS que reportaron los datos exigidos por el Decreto 2193 de 2004 (no se incluyen las 7 ESE regionales ex-ISS) teniendo en cuenta su capacidad instalada, producción de servicios e indicadores financieros con corte a diciembre 31 de 2004, el 78% están conformadas como ESE. Quedan entonces algunas (casi todas de primer nivel) que están organizadas como IPS autónomas con posibilidad de ser transformadas en ESE o son unidades prestadoras de servicios de salud dependientes de las direcciones departamentales o municipales de salud.

De estas IPS públicas, el 84,3% corresponden al primer nivel de atención (74% de ellas son ESE), el 13,4% al segundo nivel y el 2,3% al tercer nivel de atención. Del total de IPS, el 68,5% son de carácter municipal, el 28,5% son de carácter departamental, el 2,7% de carácter distrital y sólo el 0,4% de carácter nacional. Se observa que las IPS de primer nivel son en su mayoría del nivel municipal (69,6%), mientras que segundo y tercer nivel son de predominio departamental y distrital (91,7% y 80% respectivamente).

Unos hallazgos aparentemente obvios en las IPS públicas muestran que las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud de primer nivel de atención concentran la mayor parte de las instalaciones físicas destinadas a la prestación de servicios, seguidas por las instituciones de segundo nivel. Pero en cambio la concentración de estas instalaciones tiende a ser mayor con el

nivel, así: Consultorios de consulta externa: en promedio 5.8, 11.8 y 24.8 por institución de nivel I, II y III respectivamente; consultorios de urgencias: 1.4, 2.7 y 5; mesas de parto: 1.5, 1.6 y 2.4; salas de cirugía: 1.3, 2.4 y 6.4.

Gráfico No 33. Composición de capacidad instalada por nivel de complejidad, IPS públicas, 2004



Fuente: Ministerio de la Protección Social. *Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud (2005)*

En cuanto a la producción de servicios, se encuentra que entre el 2002 y el 2004 se ha presentado un incremento en todos, con excepción de la atención de partos y egresos hospitalarios que se mantienen relativamente constantes. Se resalta el aumento de la producción de consultas con un crecimiento promedio de 31%, y el 7,3% en el número de cirugías realizadas.

El primer nivel de atención tiene mayor participación de consultas (76% de consulta externa médica y 67% de urgencias.), mientras que los partos se distribuyen de manera uniforme entre primer y segundo nivel con 46,7% y 40,7% respectivamente y el porcentaje de partos vaginales disminuye a medida que aumenta el nivel. Los egresos también se distribuyen de manera uniforme entre los

niveles uno y dos, con participaciones de 37,6% y 42,7% respectivamente. Las cirugías en cambio se distribuyeron por nivel en 10,7% en el primer nivel de atención, con un promedio de 84 cirugías al año por IPS; el 56,6% en el segundo, con promedio de 2.934 cirugías al año y 32,7% en tercer nivel con promedio de 9.002 cirugías.

Con relación a las isoestancias hospitalarias se tiene que todas se incrementan con el nivel de complejidad. Así, el porcentaje ocupacional con 63% en promedio nacional para 2004, así: 38%, 74%, 85% para el nivel I, II y III respectivamente; el promedio día estancia 3.23, así: 1.8, 3.4, 5.5 y el giro cama, 66.6, así: 63.2, 75 y 58.4. De la misma manera los tres indicadores aumentaron de 2002 a 2004. Claramente hay un problema de baja ocupación para el primer nivel: ¿mucha infraestructura o poca demanda? Algo parecido ocurre con los quirófanos que presentan frecuencias de uso de 15.7 cirugías al mes contra 116.6 y 122.6 de segundo y tercer nivel. Y en partos: 12.9, 68.7 y 79.9.

En cambio la utilización de los consultorios de consulta externa disminuye con el nivel (334, 274 y 179 consultas al mes respectivamente), parecido a los consultorios de urgencias: 524, 383 y 364.

Recurso Humano de las IPS Públicas

El 53% de los cargos de las IPS públicas en 2003 y 2004 pertenecen a las instituciones de primer nivel de atención, el 29% a IPS de segundo nivel y las IPS de tercer nivel (2% de las instituciones), emplean el 18% del total de recurso humano de las IPS públicas. Naturalmente el promedio de funcionarios por IPS aumenta con el nivel, así: 43, 147 y 477. Muy consistentemente, dos terceras partes del personal cumple con funciones asistenciales y el resto con funciones administrativas.

Las asignaciones básicas percibidas por los funcionarios también se incrementan con el nivel: 22, 24 y 26 salarios al año por empleado, para un promedio de 23.

Con relación al tipo de vinculación se tiene un predominio de los empleados públicos inscritos en carrera administrativa (45,2%), seguidos de los que no están inscritos en carrera administrativa (30,0%, 20.300 cargos para concurso) y trabajadores oficiales con 13,6% (ante todo en servicios generales); el resto son empleados de libre nombramiento y remoción, en servicio social obligatorio o de período fijo.

Muy apegado a la realidad, el informe refiere los servicios personales indirectos y muestra cómo el valor comprometido por contratación de servicios personales indirectos creció un 73% de 2002 a 2004, mientras el valor comprometido en gasto de personal lo hizo apenas un 4%. (A riesgo de

exceder los límites de la reseña se podría anotar la pauperización del ejercicio de la salud a la vez que el incremento en la venta de servicios recae en los contratistas).

Ingresos de las IPS públicas

Para el año 2004, el ingreso total reconocido (valores facturados) de los hospitales públicos ascendió a $4,08 billones de pesos. Por niveles de atención el 45% de ingresos corresponde a instituciones de primer nivel, el 32% a IPS de segundo y el 23% restante a las de tercer nivel.

Se destaca un incremento promedio en la facturación de 12,7% con respecto a 2002, 11,6% solo por venta de servicios. Los porcentajes de incremento fueron mayores en el primer nivel que en los otros. Los mayores incrementos en venta de servicios fueron al régimen subsidiado (14,37%), y a la población pobre no asegurada (14,87%), mientras que decrecieron el contributivo y el SOAT – ECAT.

Otra cosa son los recaudos efectivos. El total recaudado en el año 2004 fue apenas de $3,5 billones, mostrando incluso una reducción de 2,3% con relación al año 2002. El descenso del recaudo recae sobre el primer nivel (-16%), pues segundo y tercer nivel aumentaron recaudos en 15,5%.

Gastos de las IPS públicas

Para 2004, el gasto total comprometido de los hospitales públicos ascendió a $3,96 billones de pesos, con un incremento de 15,2% con respecto a 2002, más marcado para el primer nivel (20.42% O sea que el gasto crece con la facturación, pero no con el recaudo.

En la composición de los gastos se observa que el 75,2% del total corresponde a los gastos de funcionamiento, participación que viene disminuyendo desde 2002 a expensas de los gastos de inversión, con un enorme crecimiento (¿por la habilitación?), y en menor medida de los de operación, que han crecido más que todo en el primer nivel.

Cuentas del balance en las IPS públicas

Por otra parte el pasivo (deuda) de las IPS públicas es de $2,34 billones representado sobre todo en cuentas por pagar (proveedores principalmente) –creciendo escandalosamente un 38,5% de 2002 a

2004, fundamentalmente por cuenta del segundo nivel- y servicios personales. Éstos últimos van decreciendo muy a expensas del tercer nivel sobre todo por nómina y prestaciones.

En relación a la cartera (cuentas por cobrar con más de 60 días) de las IPS públicas se incrementó en 13,02% entre 2003 y 2004 ($1,2 billones) básicamente por incremento de las cuentas por cobrar a las entidades territoriales y otros deudores mientras disminuyó por las EPS del régimen contributivo y subsidiado. Más del 54% de la cartera de las IPS públicas en los dos años analizados, corresponde a cuentas por cobrar de más un año ($0.72 billones).

IPS públicas nacionales que prestan servicios al ISS

En 2004 las 7 ESE regionales ex-ISS alcanzaron un total de $1 billón en gastos, $683 mil millones de ellos en funcionamiento. Por su parte del presupuesto de ingresos de $958 mil millones se recaudaron efectivamente $777 mil millones, dejando un abismo de $233 mil millones.

Con relación a costos laborales se reseña en estas ESE un total de 26,3 salarios al año por empleado (más costosos el nivel operativo y asistencial que el administrativo) en comparación a los 24,7 promedio de la red pública y a los 20 salarios que cuesta un funcionario de la red privada.

6.3 Política nacional de prestación de servicios de salud

En busca de "convertirse en el marco que promueva una actuación articulada, no sólo de los distintos actores que hacen parte de la red de prestadores de servicios públicos y privados de salud, sino de otros sectores", el ministerio de la protección social MPS promulgó en noviembre de 2005 la "**POLÍTICA NACIONAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**", "…conforme a la responsabilidad asignada en la normatividad vigente, a la problemática detectada y a las recomendaciones de los actores del SGSSS".

El documento de 76 páginas -sin fuerza vinculante- se divide en dos capítulos, el primero más breve y más esencial, formula la política en sí (lo que se reseña aquí), y el segundo -dos terceras partes del documento- es un interesante contexto validado por cifras y estudios (a veces con una interpretación algo antojadiza) en el que se entregan datos del entorno socio político y económico de Colombia, así como indicadores de salud pública y una muy relevante caracterización de la red prestadora colombiana.

La problemática

Con relación al capítulo 1 sobre la "política nacional de prestación de servicios de salud", tiene antes de su formulación una identificación de la "problemática de la prestación de servicios de salud" clasificando los problemas en dos grupos: Los problemas acumulados, situaciones que antes del SGSSS se identificaron y continúan vigentes, y los problemas emergentes, que se presentan como consecuencia del SGSSS, los cambios político-administrativos de los últimos años o por cambios en la situación de salud de la población.

Entre los problemas acumulados se cuentan la baja capacidad resolutiva de los Prestadores de Servicios de Salud PSS, la inflexibilidad del régimen laboral del sector público, el pasivo prestacional de los hospitales públicos, la falta de mecanismos de evaluación e incorporación de tecnología biomédica, la ausencia del sistema integral de información en salud, la ausencia de un sistema de rendición de cuentas, la falta de desarrollo y organización de la red de servicios (desarticulación entre los departamentos y sus municipios), debilidades en la gestión en todas las instancias del SGSSS y la falta de cobertura universal de aseguramiento.

A su vez, entre los problemas emergentes se cuentan la fragmentación y atomización en la prestación de servicios, un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad SOGC que no ha desarrollado el componente del sistema de información, no se ha desarrollado un verdadero sistema de incentivos, hay desequilibrio en la relación entre PSS y EPS, persisten limitaciones en los sistemas de contratación y pago utilizados para la compra de servicios de salud y existe desequilibrio de la oferta de servicios de salud frente a la demanda entre diferentes regiones del país.

Propósito, principios orientadores de la política y objetivos

"El propósito de la política nacional de prestación de servicios de salud es garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población".

Dentro de los principios orientadores de la política nacional de prestación de servicios de salud están: Parte de reconocer que el principal objetivo del sistema es mejorar la salud de la población; se enmarca en el SGSSS; reconoce la heterogeneidad del país; promueve los enfoques de atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo de la calidad; parte de un escenario descentralizado; reconoce el ajuste fiscal y el entorno de competencia; permite el diseño y aplicación de diferentes

modelos de prestación de servicios; y propende por la organización de las comunidades y la rendición de cuentas.

Gráfico No 34. Ejes estratégicos de la política nacional de prestación de servicios de salud

Fuente: Ministerio de la Protección Social. *Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud (2005)*

En el documento se profundiza el estudio de cada eje estratégico, partiendo de definirlo para luego determinar las estrategias de cada eje. Al final aparecen en total once estrategias como finalidad de la política, cada una de ellas con sus respectivas líneas de acción.

Accesibilidad

El documento define escuetamente la accesibilidad como “la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud con el sistema de prestación de servicios”.

Factores	Dimensiones
- Capacidad de los usuarios para buscar y obtener atención - Organización de los servicios - Relaciones entre los distintos actores	- Geográfica - Económica - Cultural (conocimientos, actitudes y prácticas de la población) - Organizacional (condiciones de EPS Y PSS)

Cuadro:Factores y dimensiones del Acceso

Calidad

"Provisión de servicios accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario".

Los principios fundamentales son mejoramiento continuo de la calidad y la atención centrada en el usuario.

Eficiencia

Obtención de los mayores y mejores resultados, empleando la menor cantidad posible de recursos.

Cuadro No. 47. Ejes estratégicos, estrategias y actividades de la política nacional de prestación de servicios de salud

EJE	ESTRATEGIA	ACTIVIDADES
ACCESIBILIDAD	**1.** Incremento de la capacidad resolutiva de los PSS en Colombia	• Manejo efectivo de patologías prevalentes y eventos de interés en salud pública • Innovar en el campo de la atención primaria, salud familiar y/o salud comunitaria • Apoyo a entidades territoriales e IPS en tecnologías costo-efectivas
	2. Desarrollo de redes para garantizar disponibilidad, continuidad e integralidad en la atención	• Fortalecimiento de las redes por parte de las entidades territoriales • Consolidación del sistema de información en el componente de prestación de servicios • Redes de servicios prioritarios a nivel local, regional y nacional y Red Nacional de Urgencias • Lineamientos normativos para la regulación de la oferta • Impulso al desarrollo de la telemedicina
	3. Ampliación de la cobertura de aseguramiento	• Ampliación de coberturas de aseguramiento por transformación de subsidios de oferta a demanda y afiliación de población trabajadora informal • Mantener la oferta en donde se requiera

EJE	ESTRATEGIA	ACTIVIDADES
CALIDAD	4. Fortalecimiento de sistemas de habilitación, acreditación y auditoría, para disminuir riesgos de la atención e incrementar el impacto de los servicios	• Estándares de acreditación y metodologías de auditoría en PSS y EAPB • Consolidación a nivel territorial del Sistema Único de Habilitación - SUH • Proyecto de indicadores, estándares y umbrales indicativos de calidad
	5. Empoderamiento del usuario y sus formas asociativas a través del desarrollo del Sistema de Información en Calidad	• Incentivar la competencia institucional por la calidad de la atención (informe nacional sobre calidad de PSS y EAPB y observatorio de la calidad) • Fortalecimiento de los mecanismos de participación social
	6. Desarrollo y mejoramiento del talento humano en salud	• Recertificación y registro único nacional del personal de salud • Criterios de calidad para la red docencia-servicio e investigación en hospitales universitarios • Cultura de la ética entre los trabajadores del sector salud
	7. Evaluación e incorporación de tecnología biomédica	• Sistema Nacional de Evaluación de Tecnología en Salud • Política Farmacéutica Nacional

EJE	ESTRATEGIA	ACTIVIDADES
EFICIENCIA	8. Reorganización de la red de Instituciones Prestadoras de Salud - IPS públicas	• Apoyo a entidades territoriales para reorganización y ajuste de las IPS públicas y saneamiento de sus pasivos prestacionales • Monitoreo a la gestión de la red pública y catastro físico hospitalario
	9. Mecanismos para la modernización institucional de las IPS públicas	• Revisión del régimen jurídico de las ESE (ajuste al régimen salarial, evaluación de gerentes y juntas directivas, operación conjunta de entidades territoriales, fusiones y supresiones de ESE) • Nuevas formas de operación de los IPS públicas con participación de otros sectores (privado, solidario y/o tercer sector)
	10. Desarrollo e implantación del sistema de incentivos para los PSS	• Nuevas formas de contratación y pago de los servicios • Incentivos para el talento humano en el sector salud • Reconocimiento por logros en calidad a las EPS y PSS y líneas de crédito blando • Mejores prácticas asistenciales, administrativas y financieras en los PSS • Sistema de rendición de cuentas para ministerio, entes territoriales e IPS públicas
	11. Sistema de precios de referencia y normalización de procesos y requerimientos entre los actores del SGSSS	• Manual de tarifas mínimas de referencia • Consensos entre EPS y PSS • Sistema único de reporte de información para PSS

6.4 La red pública hospitalaria: Empresas Sociales del Estado

El libro II de la Ley 100 1993 sobre SGSSS, en su capítulo III crea las Empresas Sociales del Estado - ESE. Para reglamentar su actividad se han promulgado varios actos administrativos: Decreto 1876 de 1994, decreto 1892 de 1994, decreto 139 de 1996, Decreto 800 de 2008 (que reglamenta parcialmente el artículo 28 de la Ley 1122 de 2007), Resolución del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP 793 de 2003 y el decreto 536 de 2004. Y finalmente la Ley 1122 fija unos nuevos criterios.

Estructura jurídica de las ESE

Las ESE constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o concejos, en el nivel nacional, departamental y municipal respectivamente.

El objeto de las ESE es la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del SGSSS, basados en los principios de eficiencia y calidad.

Las ESE se organizan a partir de una estructura básica que incluye tres áreas:

Dirección:
- Junta directiva
- Gerente

Atención al usuario::
- Producción y prestación de servicios de salud

Logística:
- Recursos humanos, financieros, físicos y de información

Las personas vinculadas a las ESE tienen el carácter de empleados públicos y trabajadores oficiales

En materia contractual las ESE se rigen por el derecho privado, pero pueden discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública.

El régimen presupuestal del las ESE es el previsto en la Ley orgánica de presupuesto, de forma tal que adoptan un régimen con base en un sistema de anticipos y reembolsos contra prestación de

servicios. La ESE puede recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales. Para efectos de tributos nacionales están sometidas al régimen previsto para los establecimientos públicos.

Creación, trasformación y fusión de ESE

La Ley 1122 de 2007 ordena que las IPS públicas disponen de un año (hasta 2008) para transformarse en ESE o afiliarse a una. Toda unidad prestadora de servicios de salud de carácter público debe hacer parte de una ESE, excepto las unidades de prestación de servicios de salud que hacen parte de las empresas industriales y comerciales del Estado y de aquellas entidades públicas cuyo objeto no es la prestación de servicios de salud. En cada municipio existirá una ESE o una unidad prestadora de servicios integrante de una ESE.

La Ley 1122 de 2007 plantea, para fortalecer la red pública hospitalaria, la creación de Asociaciones o Cooperativas de ESE que ofrezcan servicios e insumos, siempre que beneficien a las entidades con economía de escala.

Juntas directivas

Las juntas directivas de las ESE (del nivel nacional, departamental, distrital y municipal) cumplen con las funciones estratégicas clásicas relacionadas con la unidad de dirección.

Estas juntas directivas están integradas por personas vinculadas a la institución y su área de influencia representados así: Un tercio por la comunidad, un tercio el sector científico de la salud y un tercio al sector político-administrativo.

Estamento político-administrativo	• Jefe de la administración (presidente, gobernador o alcalde) o su delegado • Director de salud respectivo
Representantes del sector científico	• Profesionales de la salud de la institución • Asociaciones científicas o el personal profesional de la salud en el área de influencia

Representantes de la comunidad:	• Alianzas o asociaciones de usuarios • Representantes de los gremios de la producción (cámaras de comercio cuando aplica)

Gerentes de las ESE

Los Gerentes de las ESE son empleados públicos de período fijo, nombrados por el Jefe de la Entidad Territorial respectiva, reelegibles una sola vez, para ejercer funciones de dirección, planeación, evaluación y control en la administración y gestión.

Para la designación del gerente o director la Junta Directiva de las ESE del nivel territorial debe conformar la terna de candidatos de la lista que envíe la entidad encargada de adelantar el proceso de selección con personas escogidas mediante un proceso público abierto, la cual deberá estar integrada mínimo con cinco aspirantes y presentada en orden alfabético. Si culminado el concurso de méritos no es posible conformar el listado con el mínimo requerido, deberán adelantarse tantos concursos como sea necesario.

Los Gerentes de las ESE son nombrados por períodos fijos institucionales de cuatro años, mediante concurso de méritos que debe realizarse dentro de los tres meses contados desde el inicio del período del jefe de la entidad territorial (alcalde o gobernador) respectivo. Actualmente se están homologando los periodos de gerente de las ESE en una especie de transición; así, todos los gerentes de las ESE departamentales, distritales o municipales iniciarán períodos iguales el 1° de abril de 2012 y todos los gerentes de las ESE nacionales iniciarán períodos iguales el 7 de noviembre de 2010.

En caso de vacancia absoluta del gerente debe adelantarse el mismo proceso de selección y el período del gerente seleccionado culminará al vencimiento del período institucional.

El Decreto 357 de 2008 regula la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión que debe ser ejecutado por los Directores o Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, durante el período para el cual fueron designados mediante concurso o reelección.

Regulación de las ESE según Ley 1122 de 2007

Los requisitos para la creación, transformación, categorización, organización, y operación de las ESE deben tener en cuenta: Población, densidad poblacional, perfil epidemiológico, área de influencia, accesibilidad geográfica y cultural, servicios que ofrece, grado de complejidad, capacidad instalada, capital de trabajo, producción, sostenibilidad, diseño y la participación de la ESE en la red de su área de influencia.

Los indicadores de evaluación de las ESE exigidos (también pendientes de reglamentar) deben considerar la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo.

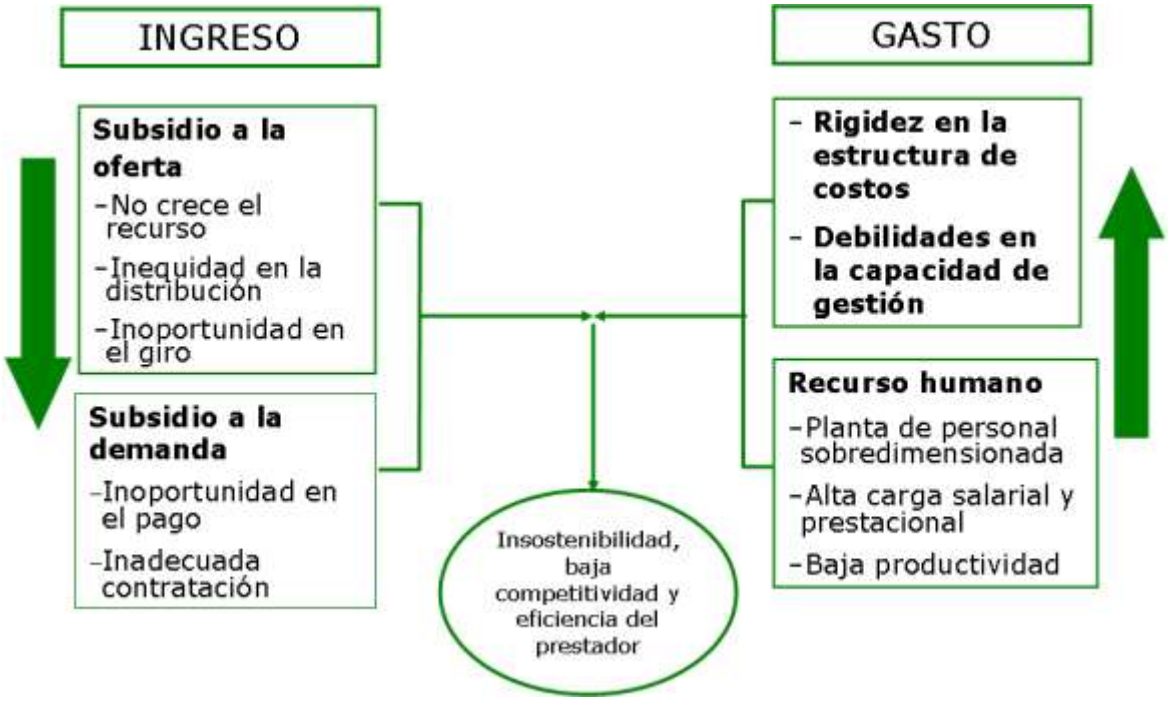
Para los departamentos nuevos y que presenten condiciones especiales (los que se llamaban proverbialmente "territorios nacionales") el Ministerio de la Protección Social debe reglamentar la creación y funcionamiento de las ESE, con los servicios especializados de mediana y alta complejidad requeridos, priorizando los servicios de Telemedicina. Allí, la Contratación de servicios de Salud se debe hacer preferiblemente con las EPS-S públicas las cuales se fortalecerán institucionalmente.

El Decreto 4972 de 2007 reglamenta las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas (IPS-I) de acuerdo con lo prescrito en el artículo 25 de la Ley 691 de 2001, literal f) del artículo 14 y los artículos 16 y 20 de la Ley 1122 de 2007, y establece que se dé a éstas el tratamiento de Empresas Sociales del Estado y que cumplan con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, ajustado a sus usos y costumbres.

Rediseño y modernización de redes de prestación de servicios de salud

Según lo descrito por la Dirección Nacional de Planeación, el Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud hace parte de una macro-estrategia sectorial que busca que la prestación de servicios de salud se desarrolle en condiciones de ajuste fiscal y modernización de las instituciones públicas, en un entorno de competencia. Para lograr la modernización de la prestación del servicio de salud, objetivo central de la política, el Programa prevé adelantar acciones de reorganización y rediseño de la oferta de servicios para que ésta responda a la demanda real, y mejorar mediante acciones de asistencia técnica la capacidad de gestión de las direcciones territoriales de salud, las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y el Ministerio de la Protección Social.

Gráfico No 35. Efectos en las IPS Desequilibrio financiero



Fuente: Ministerio de la Protección Social. *Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud (2005)*

Para el desarrollo de estas acciones, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social suscribe convenios de desempeño con las entidades territoriales e instituciones prestadoras de servicios de salud, de los cuales hace parte una matriz de evaluación y seguimiento, en la que se definen compromisos en la reorganización de la red de prestación de servicios y mejoramiento de su gestión, y metas de ajuste y racionalización del gasto, producción y calidad de los servicios prestados y sostenibilidad financiera. Estos convenios están asociados a contratos de empréstito interno suscritos entre el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y las entidades territoriales, los cuales son susceptibles de ser condonados mediante la demostración del cumplimiento de los compromisos y metas establecidos.

El objetivo principal del Programa es apoyar la transformación de la gestión de los hospitales públicos, a través del mejoramiento de la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios, que

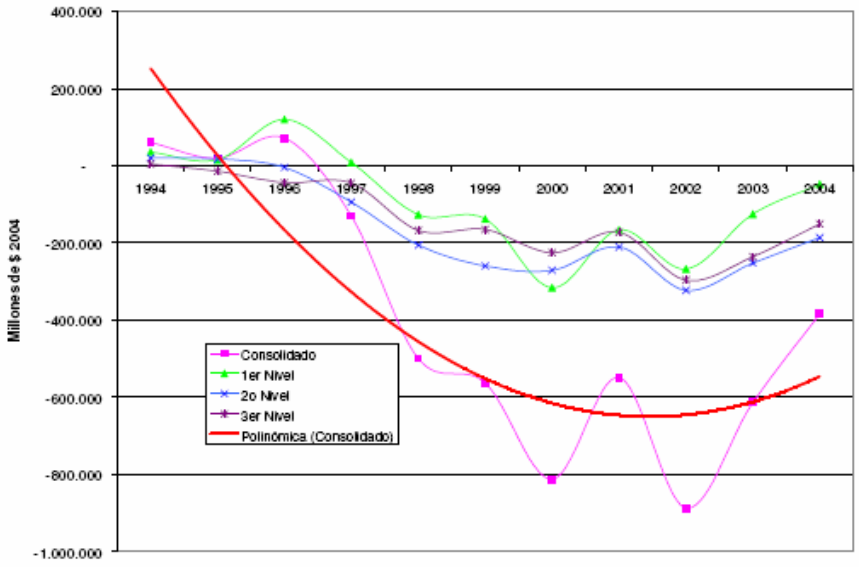
permita la viabilidad técnica y financiera de las redes públicas de prestación de servicios de salud, así como la extensión del aseguramiento en el SGSSS.

El marco normativo y financiero del Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud está dado por:

- Conpes 3175 de 2002. Autorización a la Nación para contratar empréstitos externos con la banca multilateral hasta por U$100 millones, o su equivalente en otras monedas, destinados a financiar parcialmente la primera fase del proyecto de modernización de redes de prestación de servicios de salud.
- Conpes 3204 de 2002. Política de prestación de servicios para el sistema de seguridad social en salud y asignación de recursos del presupuesto general de la Nación para la modernización de los hospitales públicos.
- Conpes 3240 de 2003. Autorización a la Nación para definir un piso para el total de las apropiaciones destinadas al programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud definidos por los recaudos del IVA a los juegos de azar (Ley 788 de 2002).
- Conpes 3415 marzo 17 de 2006: Cartera hospitalaria

Gráfico No 36. Déficit de las IPS públicas según nivel de complejidad 1994-2004

Déficit en las IPSs públicas según nivel de complejidad 1994-2004



Fuente: Conpes 3415 de 2006

El objetivo principal de los proyectos de Reestructuración de hospitales públicos y redes de prestación de servicios de salud es adecuar la estructura de recurso humano, administrativa y de prestación de servicios, de modo que permita aumentar la productividad y hacer posible el autofinanciamiento de estos hospitales mediante la venta de sus propios servicios.

El proyecto piloto ejecutado, se designó como "Programa de mejoramiento, fortalecimiento y ajuste en la gestión de los hospitales de segundo y tercer nivel". Fue guiado y dirigido por el Ministerio de Salud con el fin de realizar la reestructuración y adecuación institucional de 27 hospitales públicos de niveles 2 y 3 de complejidad. Su financiamiento abarcó recursos por un valor aproximado de U$75 millones, y aproximadamente un valor de U$45 millones como contrapartida por parte del gobierno. Los resultados del este proyecto fueron positivos según el gobierno, por la que se dio inicio a un nuevo proyecto, designado como "Programa para la modernización de las redes de prestación de servicios de salud", guiado y dirigido por el Ministerio. En la primera fase, este programa abarca la reestructuración y adecuación institucional de las redes de varios departamentos, de acuerdo con los criterios de evaluación establecidos por el acuerdo 215 del CNSSS del 2001, y las propuestas de

conformación de redes recibidas. El financiamiento ha implicado recursos por valor de $570 mil millones en 2001 entre 1999 y 2004, más $80 mil millones en 2005 y $206 mil millones en 2006. Algunos resultados del proceso según estimativos oficiales son: 20% de reducción del gasto total, 30% de reducción en gastos de personal, aumento de producción de 20% en cirugías, 19% en consultas y aumento de 6% en el porcentaje ocupacional (80%-86%) al lograr un 20% de reducción de camas. Sin embargo anotan un 62% de incremento de la cartera y una incidencia significativa política no contemplada.

Cuadro No. 48. IPS reestructuradas a 2004

Nro. de IPS por nivel de atención incluidas en proyectos de reorganización 1999-2004

Año de asignación	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Total
1,999		13	13	26
2,001	26	2	1	29
2,002		20		20
2,003	15	9	1	25
2,004	39	26	7	72
Total general	**80**	**70**	**22**	**172**

Recursos asignados en proyectos de reorganización. Vigencia 1999-2004

Año de asignación	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Total
1.999		58.726	83.149	141.875
2.001	30.934	15.629	3.437	50.000
2.002		31.205	20.495	51.700
2.003	5.909	31.076	6.000	42.585
2.004	46.235	95.919	141.724	283.878
Total	**82.678**	**232.555**	**254.805**	**570.038**

Fuente: MPS, 2005

Las conclusiones oficiales de la evaluación del proceso tratan de recuperación y mantenimiento de la operación de instituciones que estaban al punto de cierre, reducción del gasto con mantenimiento o incremento de producción lo que implica incremento de la productividad institucional, generación de operación en equilibrio en 75% de las instituciones, mejor desempeño en instituciones con cumplimiento de convenios, iliquidez en la mayoría de las instituciones por deficiente flujo de recursos y baja rotación de cartera,

Entre los obstáculos referidos están la inflexible normatividad laboral del sector, que impide mayor competitividad, pasivo pensional sin resolver, existencia de instituciones que requieren sostenimiento de recursos de oferta, alta sensibilidad al comportamiento del aseguramiento y el crecimiento de la oferta de servicios generada por los aseguradores y duplicidades en la oferta pública, deficientes sistemas de información especialmente en las áreas contables y alta sensibilidad a la capacidad de gestión y estabilidad de los equipos directivos.

Salvavidas financieros a las ESE en Ley 1122 de 2007

En concordancia con la política nacional de prestación de servicios de salud, la Ley 1122 ha determinado varias fuentes seguras de ingresos para las ESE: Las EPS-S tienen que contratar un mínimo porcentual del gasto en salud 60% con las ESE del municipio de residencia del afiliado; a su vez, las EPS-C públicas (ya no queda ninguna tras la supresión de la EPS-C del ISS) tendrían que contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las ESE escindidas del ISS. Y las ET deben contratar con ESE debidamente habilitadas, la atención de la población "vinculada" (subsidio a la oferta). La prestación de los servicios contratada por las EPS-S para la atención de salud pública se debe hacer a través de la red pública del respectivo municipio. Y para rematar, se prohíbe a los entes territoriales prestar servicios asistenciales de salud directamente, por lo que ésta debería recaer en las ESE.

Por otra parte los municipios y departamentos fueron autorizados para destinar por una vez recursos no comprometidos del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) y del Fondo Nacional de Regalías, para el pago de las deudas con el Régimen Subsidiado (y también por concepto de la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda según el PND) que finalmente se girarían a las ESE en un lúcido cruce de cuentas.

El artículo 43 de la Ley 1122 de 2007 establece también que de los excedentes de la Subcuenta ECAT de FOSYGA se utilizará por una sola vez la suma de $150 mil millones por servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Esto fue modificado por el artículo 45 de la Ley 1151 de 2007 al señalar que los criterios serán fijados por el Gobierno Nacional, y podrán destinarse al pago de deudas originadas, registradas contablemente a 31 diciembre de 2006. El Decreto 3740 de 2008 establece que se prioricen las IPS públicas de segundo o tercer nivel de atención, o de primer nivel de atención si están acreditadas en salud, y luego las IPS privadas sin ánimo de lucro y que, como requisito, se suscribirán convenios de desempeño entre el Ministerio de la Protección Social y la entidad territorial beneficiada.

Además, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y los entes territoriales departamentales concertarán a la mayor brevedad los contratos de concurrencia y para pagar el pasivo prestacional causadas en las ESE al finalizar la vigencia de 1993.

Por último, se plantean unas condiciones y requisitos para que la Nación y las entidades territoriales puedan transferir a las ESE, recursos cuando por las condiciones del mercado y eficiencia, no sean sostenibles.

Esto, más la contratación prioritaria de las acciones de salud pública de acciones colectivas con las ESE según lo previsto en la Ley 715 de 2001, son la base de un salvavidas financiero para la muy mentada crisis hospitalaria de principios de siglo.

7. USUARIOS DEL SGSSS

De acuerdo a lo planteado en este libro, y sintetizando la clasificación hecha en el artículo 155 de la Ley 100 de 1993, se da la denominación de usuarios del SGSSS a los siguientes actores:

- Los empleadores
- Los trabajadores, los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo, los pensionados y las organizaciones conformadas por estos grupos
- Los beneficiarios del SGSSS en todas sus modalidades
- Las organizaciones de participación social y comunitaria en salud

En la Ley 100 de 1993, se establece un marco jurídico para los usuarios del SGSSS, así:

Derechos de los usuarios

Se garantiza a los afiliados al SGSSS la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:

1. La atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud - POS
2. La atención de urgencias en todo el territorio nacional
3. Libre escogencia y traslado entre EPS
4. Escogencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios - IPS y profesionales entre las opciones que cada EPS ofrezca dentro de su red de servicios
5. Participación de los afiliados, individualmente o en sus organizaciones, en todas las instancias de asociación, representación, veeduría de las entidades rectoras, promotoras y prestadoras y del SGSSS

Además:

6. Se promoverá la organización de las comunidades como demandantes de servicios de salud, sobre la base de las organizaciones comunitarias (artículo 22 de la Ley 11 de 1986, y Decreto

1416 de 1990), los cabildos indígenas y, en general, cualquier otra forma de organización comunitaria.

7. Las IPS deben garantizar un adecuado sistema de información de sus servicios y atención a los usuarios, mediante la implementación de una línea telefónica abierta con atención permanente 24 horas.
8. Las Instituciones Prestadoras de Servicios no pueden discriminar en su atención a los usuarios.

Deberes de los usuarios

A la vez, son deberes de los afiliados y beneficiarios del SGSSS los siguientes:

1. Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad
2. Afiliarse con su familia al SGSSS
3. Facilitar el pago y pagar, cuando le corresponda, las cotizaciones y pagos compartidos
4. Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud y los ingresos base de cotización
5. Vigilar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores a las que se refiere la presente Ley
6. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que le prestan atención en salud
7. Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones, la dotación, así como de los servicios y prestaciones sociales y laborales
8. Tratar con dignidad el personal humano que lo atiende y respetar la intimidad de los demás pacientes

Deberes de los empleadores

Como integrantes del SGSSS, los empleadores, cualquiera que sea la entidad o institución en nombre de la cual vinculen a los trabajadores, deben:

1. Inscribir en alguna EPS-C a todas las personas que tengan alguna vinculación laboral

2. Respetar la libertad de elección del trabajador sobre la EPS-C a la cual prefiera afiliarse.
3. Contribuir al financiamiento del SGSSS pagando cumplidamente los aportes que le corresponden, descontando de los ingresos laborales las cotizaciones que corresponden a los trabajadores a su servicio y girando oportunamente los aportes y las cotizaciones a la EPS-C.
4. Informar las novedades laborales de sus trabajadores a la entidad a la cual están afiliados, en materias tales como el nivel de ingresos y sus cambios, las vinculaciones y retiros de trabajadores
5. Informar a los trabajadores sobre las garantías y las obligaciones que les asisten en el SGSSS.
6. Garantizar un medio ambiente laboral sano, que permita prevenir los riesgos de trabajo y enfermedad profesional, mediante la adopción de los sistemas de seguridad industrial y la observancia de las normas de salud ocupacional y seguridad social.

Los perjuicios por la negligencia en la información laboral, incluyendo la subdeclaración de ingresos, corren a cargo del patrono.

La atención de los accidentes de trabajo, riesgos y eventualidades por enfermedad general, maternidad y ATEP (SGSSS y SGRP) son cubiertos en su totalidad por el patrono en caso de no haberse efectuado la inscripción del trabajador o no gire oportunamente las cotizaciones en la entidad de seguridad social correspondiente.

7.1 Participación en salud y control social[79]

Fundamentos constitucionales de la participación en la democracia

La Constitución Política de Colombia de 1991, contiene un poco más o menos de setenta artículos que permiten involucrar a los ciudadanos en la tarea de lograr un compromiso permanente con la

[79] La fuente predominante de esta sección fue el "Manual de inducción para directores locales de salud: Hacia una gestión eficiente" publicado en 2002 por la Gobernación de Antioquia - Dirección Seccional de Salud de Antioquia, siendo secretario de salud departamental Juan Gonzalo López Casas, y bajo la autoría de Gloria Amparo Estrella Muñoz, Gloria Emilse Vásquez Castaño, Gloria Gómez González, Marco Antonio García Soto, Gloria Elena Cárdenas Correa, Gustavo López Cuesta, Diana Maria Naranjo García, Beatriz Eugenia Rigol Torres, Rosa Elena Restrepo Correa, Dolly Esperanza Guzmán Morales, Jorge Alberto Mesa Piedrahita, Abiliam Vásquez López y Diana Stella Tobón Cuartas.

sociedad y el Estado. Por ejemplo, en el capítulo de los derechos, la participación tiene sus espacios en el nivel de los derechos fundamentales, en los derechos sociales, económicos y culturales, en los derechos colectivos y del ambiente y en la protección y aplicación de los mismos.

Entre los derechos consagrados en la Constitución Política de Colombia (título II, artículos 11 al 82), se establecen tres niveles:

- Derechos fundamentales: Vida, igualdad, libre desarrollo, libertad de conciencia, culto y expresión, paz, asociación, debido proceso
- Derechos sociales, económicos y culturales: Igualdad de género, familia, seguridad social, atención médica gratuita de los lactantes, vivienda, educación, recreación
- Derechos colectivos y del ambiente: Conservación ambiental, participación, espacio público

Un derecho fundamental es el perteneciente a cada individuo desde el origen de su vida, es decir, son los derechos con que nace cada persona y se caracterizan porque son universales, independientes del entorno y de condiciones de clase social, son inviolables y se anteponen a la normatividad jurídica. Por tanto los derechos fundamentales son consecuencia exclusiva de la naturaleza humana. Pero los derechos fundamentales y los derechos sociales y políticas deben ser reconocidos a nivel jurídico y por ende ante las autoridades públicas, lo que significa que deben existir mecanismos que los favorezcan, protejan e incentiven para el ejercicio de los mismos.

La Participación Ciudadana como un derecho fundamental es prevista en la Constitución Política de Colombia de 1991, cuando se refiere a Colombia como un Estado Social de derecho, democrático, participativo, pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana y en la prevalencia del interés general.

Además de la Constitución, según Celedón, citado por el MPS, la Ley 100 de 1993, la Ley 715 de 2001, la Ley 850 de 2003, sitúan a la participación social como una herramienta fundamental para la transparencia de los recursos de inversión social.

Participación en salud

El SGSSS tiene previsto dentro de sus principios orientadores la Participación, entendido bajo la premisa de que fomenta y crea espacios para la participación ciudadana en la organización y control de las instituciones del Sistema en su conjunto.

El SGSSS estimula la participación activa de sus usuarios en la organización y control de las instituciones responsables, a través de los mecanismos establecidos en el decreto 1757 de 1994, norma marco que reglamenta las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud.

Se entiende como control social el derecho a la participación informada en la gestión pública de los ciudadanos (beneficiarios o no, organizados o no) y del conjunto de la sociedad civil, para garantizar tanto el cumplimiento de la función social del Estado, como el de sus propias organizaciones.

El **decreto 1757 de 1994** define entonces las varias formas de participación para la democracia en salud y sus mecanismos, así:

- **Participación social**, es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud, respondiendo a intereses individuales y colectivos
  - Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud - CTSSS
  - Veeduría en salud
- **Participación ciudadana**, es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria
  - Servicio de Atención a la Comunidad - SAC
  - Sistema de Atención e Información a Usuarios - SIAU
- **Participación comunitaria**, es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud
  - Comités de Participación Comunitaria - COPACOS
- **Participación institucional**, es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud
  - Alianzas o asociaciones de usuarios
  - Comités de ética hospitalaria
  - Junta directiva de las Empresas Sociales del Estado - ESE

7.1.1 Participación social

a. Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud – CTSSS

El Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud – CTSSS (departamental, distrital o municipal) es el organismo de dirección del SGSSS para la toma de decisiones y el desarrollo de políticas concertadas a nivel territorial. Tiene por objeto la adopción de medidas que permitan dirigir y orientar el sistema en el ente territorial dentro de los límites que le impone el cabal ejercicio de sus funciones.

Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud están reglamentados según lo dispuesto en el artículo 175 de la Ley 100 de 1993, el Decreto 1877 de 1994 modificado por el Acuerdo 002 de 1994, que a su vez es modificado por Acuerdo del 4 de enero de 1996, más Los Acuerdos del CNSSS 25 de 1996 ("Por el cual se reglamenta la conformación y las funciones de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud") y 57 de 1997 ("Por el cual se modifica el artículo 3 del acuerdo 25")

El jefe de la entidad territorial (alcalde o gobernador) es el responsable de crear el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud en su respectivo ente territorial, previa autorización del Consejo departamental.

Conformación:

Los Consejos territoriales de Seguridad Social en Salud están conformados por diferentes actores representativos del ente territorial.

Gráfico No 37. Conformación de los Consejos territoriales de Seguridad Social en Salud

Fuente: Ministerio de la Protección Social, basado en: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Acuerdos 25 de 1996 y 57 de 1997

En el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud participan como invitados permanentes, el presidente de la comisión territorial correspondiente de la Red de Solidaridad Social, o su delegado y un representante de las Veedurías Comunitarias del ente territorial y como asesores permanentes un delegado de la Red de Solidaridad y un delegado del Consejo Superior de Instituciones Médicas.

Funciones

- Asesorar a las Direcciones de Salud en la formulación de los planes, estrategias, programas y proyectos de salud y en la orientación de los sistemas territoriales de Seguridad Social en Salud para que se desarrollen las políticas definidas por el CNSSS
- Recomendar ante la DTS la adecuación y el alcance del plan de salud pública en el territorio de su jurisdicción
- Asesorar a la DTS en el desarrollo progresivo del SGSSS
- Promover los planes de descentralización y ajuste institucional que deban hacerse para dar cabal cumplimiento a las disposiciones legales
- Promover la transformación y constitución de los hospitales en ESE, e impulsar para ellas la adopción de políticas de desarrollo gerencial
- Formular las recomendaciones pertinentes que conduzcan al fortalecimiento de las rentas propias como fuente de financiación del sector salud a nivel territorial
- Velar por la participación comunitaria estimulando la formación de Alianzas o Asociaciones de Usuarios y comités de participación
- Velar por la constitución de las ESS cuando estén dadas las condiciones para su funcionamiento
- Impulsar el programa especial de información y educación de la mujer en aspectos de salud reproductiva, especialmente entre la población más pobre
- Velar por el cumplimiento de las medidas necesarias para evitar la selección de riesgo de las poblaciones más pobres y vulnerables
- Velar por la afiliación al SSSI
- Hacer seguimiento y evaluación del SISBEN y responsabilizarse por el adecuado manejo de la información derivada del mismo, el seguimiento correspondiente de los carnetizados y los ajustes que de ellos se deriven
- Promover el aseguramiento en las EPS-S de la población más pobre y vulnerable
- Adoptar y promover la ejecución de las políticas, acuerdos y demás determinaciones del ámbito nacional, adecuándolas a su realidad territorial

b. Veeduría ciudadana

Las veedurías (en general) son organizaciones del sector social, nacidas de la comunidad, conformadas por ciudadanos que no hacen parte del sector público. Las veedurías ciudadanas impulsadas por el sector salud son espacios de participación social para la **vigilancia y control de la gestión del servicio público de salud** en el municipio, corregimiento, vereda o barrio, en las actividades de control y vigilancia de proyectos, programas y acciones definidos y financiados en el Plan Territorial de Salud. Las veedurías complementan la labor de vigilancia ejercida por el Estado a través de sus órganos de control.

La Constitución Política Colombiana de 1991 consagra que es responsabilidad y necesidad de los ciudadanos vigilar los recursos de la Nación, pues éstos han salido de sus contribuciones directas o indirectas. El artículo 103 de la Constitución Nacional respalda la creación de las Veedurías Comunitarias.

La Ley 134 de 1994 en su artículo 100 aclara que las organizaciones civiles pueden constituir veedurías ciudadanas o juntas de vigilancia a nivel nacional y en todos los niveles territoriales, con el fin de vigilar la gestión pública, los resultados de la misma y la prestación de los servicios públicos.

El Decreto 1757 de 1994, en su artículo 20 determina que: "El control social en salud puede ser realizado a través de la veeduría en salud, que debe ser ejercida en el ámbito ciudadano, institucional y comunitario, a fin de vigilar la gestión pública, los resultados de la misma, la prestación de los servicios y la gestión financiera de las entidades e instituciones que hacen parte del SGSSS…" El mismo decreto en su artículo 21 define que "La veeduría puede ser ejercida por los ciudadanos por sí, o a través de cualquier tipo de asociación, gremio o entidad pública o privada del orden municipal, departamental o nacional".

El Comité de Veeduría Ciudadana inicialmente debe acudir para la búsqueda de soluciones, a nivel municipal y en caso de no obtener apoyo, a las instancias Departamentales y Nacionales y a las entidades de Control del Estado.

Conformación

La veeduría debe ser realizada por habitantes del ente territorial en que se ejecuta el proyecto. Por cada proyecto de inversión social del plan de salud municipal, se debe organizar un comité de veeduría. Se deben nombrar mínimo tres veedores por proyecto o máximo el número que la comunidad elija teniendo en cuenta que sea funcional y viable reunirse y por el tiempo de duración

del mismo. Esto significa que cuando termina su ejecución se disuelve el comité. La comunidad del ente territorial elige los veedores democráticamente en una asamblea comunitaria amplia.

Funciones

- Contribuir a una gestión adecuada de los organismos de salud
- Propiciar decisiones saludables por parte de las autoridades, la empresa privada, las entidades públicas y la comunidad
- Fomentar el compromiso de la colectividad en los programas e iniciativas en salud
- Velar por una utilización adecuada de los recursos
- Coordinar con todas las instancias de Vigilancia y Control la aplicación efectiva de las normas y velar por el cumplimiento de las mismas
- Impulsar las veedurías como un mecanismo de educación para la participación

La veeduría en salud se ejerce en los proyectos [contratos] que se deriven del plan territorial de salud en aspectos como programas de salud, focalización para identificación de beneficiarios del régimen subsidiado en salud así como construcción, remodelación, ampliación y dotación de entidades públicas de salud.

7.1.2 Participación ciudadana

c. Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU):

El Servicio de Información y Atención al Usuario - SIAU es la instancia al interior de las IPS y EPS encargada de recopilar y procesar la información que proporcionan los usuarios en cuanto a demandas, quejas, reclamos y sugerencias sobre la prestación de los servicios de salud con el fin de identificar los problemas y mejorar la calidad de la atención.

El SIAU tiene como sustento legal la Ley 100 de 1993 (artículos 159, 198-200), el Decreto 1757 de 1994 (artículos del 3 al 6), el Decreto 2232 de 1995 (artículos 7 a 9), la Ley 190 de 1995 (artículos 53 - 55), la directiva presidencial 05 de 1995 y la Circular 009 de 1996 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Funciones

- Atender en forma personalizada a los usuarios, garantizando la oportuna canalización y resolución de sus peticiones
- Implementar las políticas y estrategias trazadas por la IPS de mejoramiento organizacional e institucional y desarrollo progresivo y complementario de los servicios de salud existentes
- Diseñar y desarrollar conjuntamente con otras dependencias de la IPS, estrategias orientadas hacia la humanización de la atención en salud y el ejercicio de los derechos y deberes ciudadanos en el contexto del respecto permanente por la protección efectiva de los derechos humanos
- Recepcionar, clasificar, procesar, sistematizar, analizar e informar con criterio cuantitativo y cualitativo, la información proveniente del usuario y otras fuentes (institucionales y comunitarias), que alimenten el proceso de toma de decisiones de la institución, los usuarios y las organizaciones de la comunidad
- Poner a disposición del sistema de planeación de la IPS la información proveniente de los usuarios con el fin de favorecer la integración equitativa de la oferta y la demanda de los servicios de salud del área de cobertura
- Desarrollar estrategias tendientes a garantizar el cumplimiento de las decisiones acordadas a partir de información del SIAU, por los niveles superiores de la IPS
- Propiciar y concertar, con grupos organizados de la comunidad, actividades que favorezcan su participación activa en el mejoramiento de la calidad y la gestión concertada de las actividades en salud
- Proponer y participar en estudios e investigaciones sobre el mercado de salud, de acuerdo a criterios de segmentación, de diferenciación de servicios, de costos, u otros que faciliten la toma de decisiones en respuesta a las necesidades de la comunidad

Funcionamiento

Las EPS y las IPS deben establecer un servicio de atención a sus afiliados y usuarios para garantizar la adecuada calidad de los servicios. El servicio debe funcionar en un área de fácil acceso

e identificación por parte de los usuarios. Cuando se presente por parte del usuario una queja, reclamo, solicitud o sugerencia, los funcionarios de dicho servicio captarán la información en el formulario "registro de peticiones" para dar solución a la petición, si es de su jurisdicción, informando por escrito de la solución al peticionario o quejoso.

Todas las peticiones se deben consolidar periódicamente para ser evaluadas al interior de la institución por el comité de control interno para establecer las soluciones pertinentes. La información consolidada se debe remitir cada tres meses a la Dirección Local de Salud quien se encarga de consolidar la información de todas las instituciones (IPS y EPS) del municipio. La consolidación de la información es insumo para que el CMSSS tome las medidas pertinentes. Las Direcciones Locales de Salud deben enviar a la vez los consolidados a la Dirección Departamental para que ésta consolide y envíe al Ministerio de la Protección Social que debe realizar un análisis de los consolidados y hacer diseños de propuestas.

d. Servicio de Atención a la Comunidad (SAC)

El Servicio de Atención a la Comunidad - SAC es la instancia al interior de la Dirección Local de Salud encargada de canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos, de vigilar el Servicio de Información y Atención al Usuario - SIAU en las IPS y EPS, y de recibir el consolidado periódico que hacen las instituciones del SGSSS para remitirlo a la DDS.

El Sistema de Atención a la Comunidad tiene como sustento legal el Decreto 1757 de 1994 reglamentario de la Ley 100 de 1993, la Directiva Presidencial 05 de 1995, la Ley 190 de 1995 (Estatuto Anticorrupción) y la Circular Externa 009 de 1996.

Funciones:

- Velar porque las IPS establezcan los mecanismos de atención a sus usuarios y canalicen adecuadamente sus peticiones
- Atender y canalizar las veedurías ciudadanas y comunitarias que se presenten en salud, ante la institución o dependencia pertinente en la respectiva entidad territorial, sin perjuicio de los demás controles establecidos legalmente
- Controlar la adecuada canalización y resolución de inquietudes y peticiones que hacen los ciudadanos ante las EPS en ejercicio de sus derechos y deberes

- Exigir que las EPS y las IPS entreguen información sistematizada periódicamente a las oficinas de atención a la comunidad o a quien hagan sus veces de los niveles departamentales, distritales y municipales
- Garantizar que las EPS y las IPS tomen las medidas correctivas necesarias frente a la calidad de los servicios
- Elaborar los consolidados de las inquietudes y demandas recibidas, indicando las instituciones o dependencias responsables de absolver dichas demandas y la solución que se le dio al caso con el fin de retroalimentar el servicio de atención a la comunidad

El SAC planea la asistencia técnica del SIAU.

7.1.3 Participación comunitaria

e. Comité de Participación Comunitaria (COPACO)

El Comité de Participación Comunitaria es un espacio de concertación entre los diferentes sectores sociales y el Estado, para participar en la gestión y planificación de los planes y programas de salud a partir de las necesidades de la población, las políticas de desarrollo municipal y los recursos disponibles.

Los Comités de Participación Comunitaria en Salud tienen como sustento legal el Decreto 1757 de 1994.

Conformación

El COPACO está conformado por el Alcalde o por la máxima autoridad indígena en los resguardos, que lo preside; el Director Local de Salud; el gerente de la Empresa Social del Estado más representativa; Un representante por cada una de las formas organizativas sociales y comunitarias y aquellas promovidas alrededor de programas de salud, en el área del municipio, tales como UROCS (Unidades de Rehidratación Oral Comunitaria), UAIRACS (Unidades de Atención de Infección Respiratoria Aguda Comunitarias), COVE (Comité de Vigilancia Epidemiológica), madres comunitarias, gestores de salud, Empresas Solidarias de Salud, las Juntas Administradoras Locales,

las organizaciones de la comunidad (de carácter veredal, barrial o municipal), Las asociaciones de usuarios o gremios de la producción, el sector educativo y la iglesia.

Pueden asistir y ser convocados a las sesiones de los COPACOS los servidores públicos o los trabajadores que laboren en el SGSSS en el municipio, bien sean de empresas públicas, mixtas o privadas, a fin de que aclaren o expliquen aspectos que el comité considere indispensables. Los servidores públicos o trabajadores citados pueden delegar a otro que estimen tenga mayor conocimiento del tema o capacidad de decisión sobre el asunto requerido.

Los COPACOS, deben tener Asambleas en su área de influencia para la planeación, concertación, evaluación y elección democrática de sus representantes ante la Junta Directiva y el Comité de Ética Hospitalario de la ESE así y del Consejo Municipal de Planeación.

Cuando la composición de los comités sea muy numerosa o cuando sus funciones lo requieran, pueden organizar comisiones o grupos de trabajo de acuerdo con las áreas prioritarias identificadas.

Funciones

- Intervenir en las actividades de planeación, asignación de recursos y vigilancia y control del gasto en todo lo atinente al SGSSS en su respectiva jurisdicción
- Participar en el proceso de diagnóstico, programación, control y evaluación de los servicios de salud
- Presentar planes, programas y prioridades en salud a la Junta Directiva del organismo o entidad de salud, o a quien haga sus veces
- Gestionar la inclusión de planes, programas y proyectos en el Plan de Desarrollo de la respectiva entidad territorial y participar en la priorización, toma decisiones y distribución de recursos
- Presentar proyectos en salud ante la respectiva entidad territorial, para que bajo los requisitos establecidos en las disposiciones legales, sean cofinanciados por los fondos de cofinanciación a nivel nacional
- Proponer y participar prioritariamente en los programas de atención preventiva, familiar, extrahospitalaria y de control del medio ambiente

- Concertar y coordinar con las dependencias del SGSSS y con las instituciones públicas y privadas de otros sectores, todas las actividades de atención a las personas y al ambiente que se vayan a realizar en el área de influencia del comité con los diferentes organismos o entidades de salud, teniendo en cuenta la integración funcional
- Proponer, a quien corresponda, la realización de programas de capacitación e investigación según las necesidades determinadas en el Plan Local de Salud
- Elegir por y entre sus integrantes, un representante ante la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado de la respectiva entidad territorial
- Consultar e informar periódicamente a la comunidad de su área de influencia sobre las actividades y discusiones del comité y las decisiones de las Juntas Directivas de los respectivos organismos o entidades de salud
- Verificar que los recursos provenientes de las diferentes fuentes de financiamiento se administren adecuadamente y se utilicen en función de las prioridades establecidas en el Plan de Salud del respectivo organismo o entidad
- Velar porque los recursos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, destinados a la gestión social de la salud, se incluyan en los planes de salud de la entidad territorial y se ejecuten debidamente
- Solicitar al Alcalde o al Concejo municipal, la convocatoria de consultas populares para asuntos de interés en salud, que sean de importancia general o que comprometan la reorganización del servicio y la capacidad de inversión de la entidad territorial

7.1.4 Participación institucional

f. Alianza o Asociación de usuarios

Las Alianzas o Asociaciones de Usuarios son las organizaciones o agrupaciones de personas afiliados a una EPS o que utilizan los servicios de salud de una IPS y que tiene como función vigilar la calidad de los servicios de salud, apoyar a los usuarios en sus derechos a recibir servicios integrales que promuevan la salud y el control de la enfermedad y a vigilar el uso adecuado de los

recursos asignados al sector salud a nivel público o privado. Tienen como sustento legal el Decreto 1757 de 1994.

Las IPS y EPS deben convocar a los afiliados del régimen contributivo y subsidiado, población pobre no asegurada y particulares que hayan hecho uso del servicio durante el último año para la constitución de la asociación de usuarios.

Las asociaciones de usuarios, a su vez, deben tener representantes en las siguientes instancias: Uno ante la Junta Directiva de las EPS, uno ante la Junta Directiva de la ESE, uno ante el Comité de Participación Comunitaria respectivo, uno ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud y dos ante el comité de ética hospitalaria de la IPS.

Funciones

- Asesorar a sus asociados en la libre elección de la EPS, IPS y los profesionales adscritos dentro de las opciones ofrecidas
- Asesorar a sus asociados en la identificación y acceso a paquetes de servicios
- Mantener canales de comunicación con los afiliados que permitan conocer sus inquietudes y demandas para hacer propuestas ante las juntas directivas de las IPS y EPS
- Vigilar que las decisiones que se tomen en las juntas directivas, se apliquen según lo acordado
- Informar a las instancias que correspondan y a las IPS o EPS si la calidad del servicio prestado no satisface la necesidad de sus afiliados
- Proponer a las juntas directivas de los organismos o entidades de salud los días y horarios de atención al público de acuerdo con las necesidades de la comunidad según las normas administración de personal del respectivo organismo
- Vigilar que las tarifas y cuotas de recuperación correspondan a las condiciones socioeconómicas de los distintos grupos de la comunidad y que se apliquen de acuerdo a lo que para tal efecto se establezca
- Atender las quejas que los usuarios presenten sobre la deficiencia de los servicios y vigilar que se tomen los correctivos del caso
- Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven sus menores costos y vigilar su cumplimiento

- Ejercer veedurías en las instituciones del sector mediante los representantes ante las EPS o ante las oficinas de atención a la comunidad

TERCERA PARTE:
FLUJOS DE RECURSOS EN SALUD

8. LOS RECURSOS DEL SGSSS[80]

8.1 Cuentas de salud en Colombia[81]

Las cuentas de salud en Colombia - CS

El PARS fue creado en 1996 con el propósito de apoyar la implementación del SGSSS dedicándose a la generación de conocimiento, diagnósticos, metodologías, instrumentos técnicos, sistemas de información, fortalecimiento institucional y desarrollo de políticas.

---

[80] Para un completo entendimiento de este título deben tomarse previamente como base, al menos, los capítulos del libro aquí enunciados:

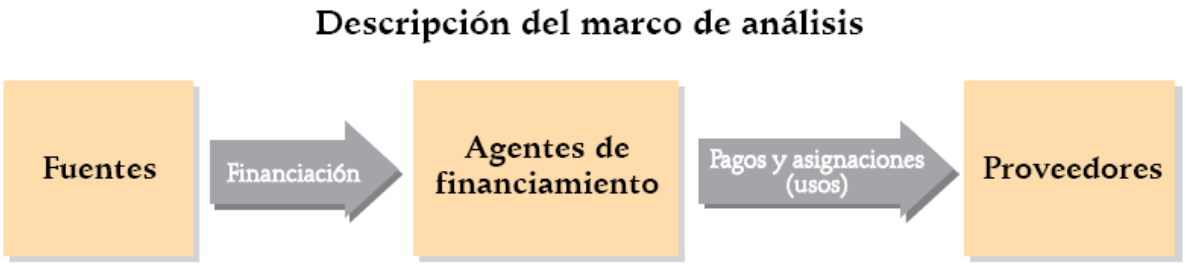
- 2.5 "Sistema General de Participaciones – SGP en salud: Recursos (transferencias) y competencias territoriales en salud" (página 113)
- 3.2 "Unidad de Pago por Capitación UPC" (página 169)
- 5.1 "Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)" (página 256)
- 5.3 "Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB" (página 284)
- 5.4 "Direcciones territoriales de salud:" (página 303)

[81] El contenido de esta sección es tomado literalmente del libro "Cuentas de salud de Colombia 1993-2003: El gasto nacional en salud y su financiamiento" (2007) de Gilberto Barón Leguizamón (en particular del capítulo tres, que expone los resultados de la investigación) auspiciado por el Ministerio de la Protección Social MPS, el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud PARS y el Departamento Nacional de Planeación DNP.

Las cuentas de salud CS en Colombia han tenido un desarrollo más o menos continuo durante los últimos ocho años, gracias al apoyo, al inicio, de la subdirección de Salud del DNP y más recientemente del PARS, del MPS. El conjunto de resultados que se presenta en el trabajo de Barón constituye una propuesta y una contribución para el análisis sistemático de los aspectos de financiamiento y gasto en salud en Colombia.

Según el mismo Barón, el método de "fuentes y usos", en el cual se basa la estructura matricial de las cuentas de salud, facilita un entendimiento del flujo de fondos a través del sistema y permite hacer un análisis desagregado del gasto en salud. El análisis parte de identificar la forma como se generan y se canalizan los recursos financieros de salud, intentando también responder de manera integral quién paga, cuánto y para qué.

Gráfico No 38. Descripción del marco de análisis cuentas de salud en Colombia



Fuente: Gilberto Barón Leguizamón. "Cuentas de salud de Colombia 1993-2003: El gasto nacional en salud y su financiamiento" MPS, PARS, DNP (2007)

En este esquema se consideran dos grandes tipos de agentes desde el punto de vista del financiamiento[82]: los agentes financiadores primarios y los secundarios. Los agentes primarios son la última fuente de financiación de los proveedores de servicios de salud [FOSYGA y DTS en el SGSSS]. Los agentes financiadores secundarios captan los recursos de las fuentes primarias y los distribuyen entre los proveedores [las EPS y demás EAPB].

[82] En Colombia éstos equivalen a los relacionados en el título 5 de este libro: "Organismos de administración y financiación" (página 255 y ss)

El periodo objeto de análisis de la investigación (1993-2003) está caracterizado por Barón así: 1993 corresponde al año de prerreforma; 1994 y 1995 corresponden a un periodo de transición durante el cual aún no se configura completamente la estructura de agentes y, a partir de 1996, el periodo de consolidación de la reforma.

Clasificación del gasto total en salud

De acuerdo con la clasificación adoptada para aquella investigación, [las fuentes de] el gasto total en salud está conformado de la siguiente manera:

Gasto público total:	Gasto público directo realizado por: • Ministerio de salud/ Ministerio de la protección social y sus entidades adscritas • Entidades territoriales de salud: Direcciones seccionales y locales de salud y hospitales públicos en cuanto a la atención de vinculados, salud pública y otros gastos como administración e inversión imputados como subsidio a la oferta • Otras dependencias y programas oficiales y el FOSYGA
Gasto en seguridad social en salud	• Régimen de cotizaciones o contributivo • Entidades Adaptadas al Sistema (EAS) • Regímenes especiales (Fuerzas Armadas, magisterio y Ecopetrol) • Gasto público en seguridad social correspondiente al régimen subsidiado (o subsidios a la demanda)
Gasto privado total	• Gasto imputado en atención de salud por los seguros privados voluntarios (pólizas de salud y de accidentes personales) • Planes de medicina prepagada • Gasto directo de las familias o gasto de bolsillo

[Insertar anexo sobre fuentes y flujos de recursos en el SGSSS]

Resultados gasto total en salud

El gasto total en salud en relación con el PIB representa una proporción que varía en forma ascendente entre 6,2% en 1993 y 9,6% en 1997 (la más alta de todo el periodo) y que luego decrece, mostrando una proporción relativamente estable, alrededor del 7,7%, en los últimos cuatro años. Para los demás componentes del gasto, las proporciones obtenidas en relación con el PIB permiten señalar un comportamiento más o menos similar al registrado en el gasto total en salud.

En el caso del gasto público total se registra un incremento relativamente significativo en proporción de 1,4% en 1993 a 3,4% en 1997, que más o menos se mantiene en los dos años siguientes, para luego descender en los últimos cuatro años, alcanzando el 3,1% en 2003.

En el caso del componente del gasto en el régimen contributivo, la misma relación establecida con respecto al PIB registra igualmente sucesivos incrementos (aunque más moderados al comienzo que en el caso anterior) entre 1,6% en 1993 y 3,7% en 1999, luego una drástica caída especialmente entre 2000 y 2002, y un repunte en 2003, año en el cual pasa a representar el 3,5%.

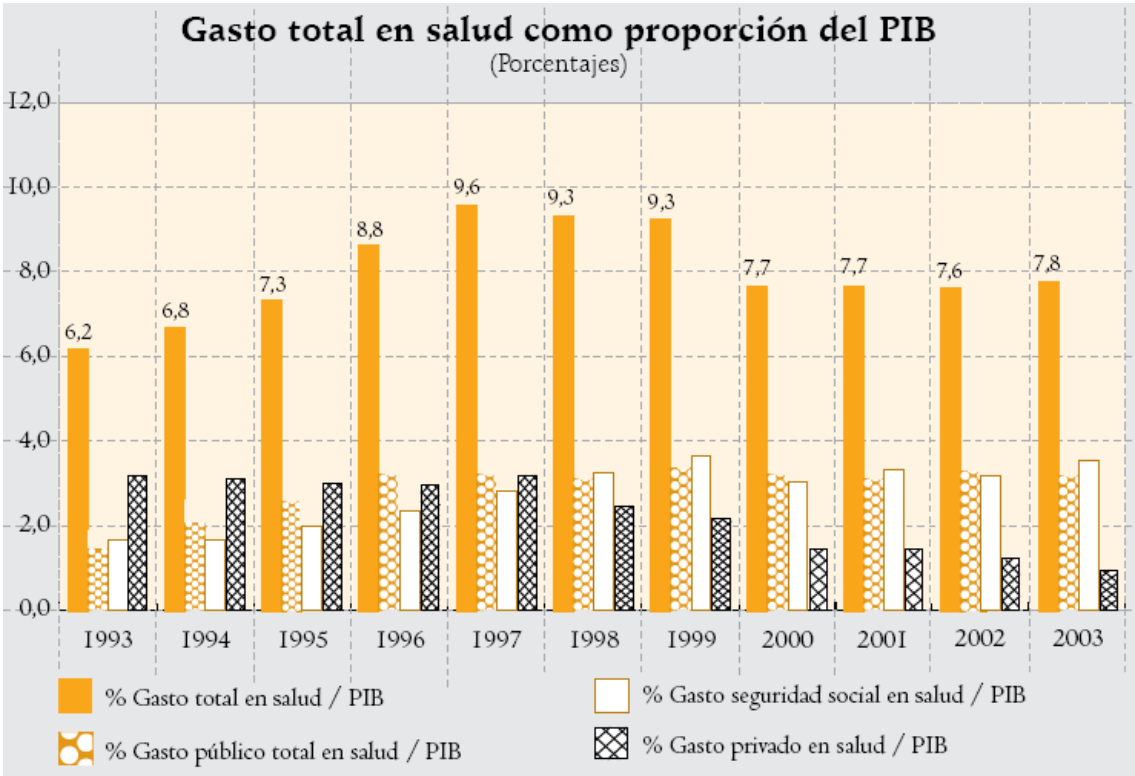
El gasto privado total, por su parte, que para 1993-1997 registra proporciones un poco por encima del 3%, llegando al 3,4% en 1997, pasa luego a registrar una disminución continua en los años subsiguientes, incluso inferiores a los observados para el sub-periodo. Así pues, el gasto de bolsillo muestra una alta incidencia tanto sobre el gasto privado total como en el gasto total nacional en salud, especialmente durante el periodo 1993-1997, lo que explica que para este último año, en el cual el gasto total en salud llegó a representar 9,6% del PIB, 3,4% representaba el gasto privado total y de esta proporción 2,9% correspondía al gasto de bolsillo, el cual resultaba ser mayor que lo correspondiente al gasto en el régimen contributivo. O sea que del gasto total en salud de 1997, 11,6 billones de pesos (en pesos corrientes de ese año), 3,5 billones de pesos correspondían a gasto de bolsillo. La situación descrita contrasta claramente con lo ocurrido en el periodo 1998- 2003, en el cual las estimaciones del gasto de bolsillo muestran magnitudes a la baja y, por tanto, un peso relativo mucho menor tanto en el total del gasto privado como en el gasto total en salud

El gasto público total en salud, que en 1993 representaba 21,9% del gasto total en salud, muestra una tendencia a aumentar su participación durante el periodo, hasta alcanzar la más significativa en 2002 (42,3%), y aunque ésta se reduce en 2003 (39,6%), de todas maneras se mantiene alta, comparada con lo observado para el periodo 1993-1999.

El gasto en el régimen contributivo presenta igualmente una tendencia a aumentar su participación relativa en el gasto total, especialmente a partir de 1996, periodo en el cual se consolidó en forma progresiva la estructura de agentes y el régimen de aseguramiento en el país.

El gasto privado total, por su parte, se inclina por una tendencia inversa al disminuir, de manera consistente, su participación relativa en el gasto total en salud desde 52,3% en 1993 hasta el 15,9% en 2003. Confirmando lo planteado anteriormente, en cuanto a la relación del gasto total en salud con respecto al PIB, el gasto de bolsillo muestra la misma tendencia, quizás de una manera más notoria al pasar su participación relativa del 43,7% en 1993, al 7,5% en 2003.

Gráfico No 39. Gasto total en salud como proporción del PIB, Colombia, 1993-2003



Fuente: Departamento Nacional de Planeación (DNP), Dirección de Desarrollo Social (DDS), Subdirección de Salud (SS) y Ministerio de la Protección Social (MPS),

Programa de Apoyo a la Reforma de la Salud (PARS), Proyecto cuentas de salud)

Finalmente, el gasto total del SGSSS (régimen contributivo + régimen subsidiado + subsidio a la oferta) como proporción del gasto total en salud, representa, en conjunto, una participación relativa que tiende a aumentar de manera consistente desde 50,5% en 1995 hasta 78,6% en 2002.

En 1996, al iniciarse el período de consolidación de la reforma de 1993, el gasto total del SGSSS presentaba una distribución en la que el régimen contributivo correspondía a 50,9%; el régimen de subsidios a la demanda, 6,4% y el componente de subsidios a la oferta, 42,7%. Siete años después, en 2003, tal distribución era de 58,5%, 14,5%, 26,9%, respectivamente. Aunque, en efecto, el gasto del régimen contributivo muestra un aumento sostenido en su participación durante el periodo, se destaca, sin embargo, el aumento en la participación, que prácticamente se duplica, del gasto del régimen subsidiado. Ambos aumentos, como era de esperarse, a expensas de la disminución de los subsidios a la oferta.

El gasto en conjunto del SGSSS tuvo, por su parte, un crecimiento promedio anual de 3,4%, mientras que el gasto total en salud presentó un crecimiento promedio anual negativo de -0,15%, también en términos reales, durante el mismo periodo. Este último resultado se explica por la reducción del gasto de bolsillo, ya que sin considerar éste, el crecimiento promedio anual del gasto total, es también de 3,4% en términos reales.

A continuación se realiza un análisis un poco más detallado sobre la composición y evolución del gasto total en salud y sus componentes, durante el período 1993-2003.

Gasto total en salud

Adoptando un ligero cambio en la clasificación anteriormente propuesta, con el objeto de determinar cuánto representa y cuál ha sido la evolución del gasto total en salud, se consideran ahora los siguientes tres componentes del gasto: primero, el gasto público directo[83]; segundo, el gasto total en salud, conformado por el gasto del régimen contributivo (o régimen de cotizaciones) y el gasto

[83] Tal y como se definió en esta misma sección en el apartado "Clasificación del gasto total en salud"

público en seguridad social en salud (o régimen subsidiado); y tercero, el gasto privado total en salud[84].

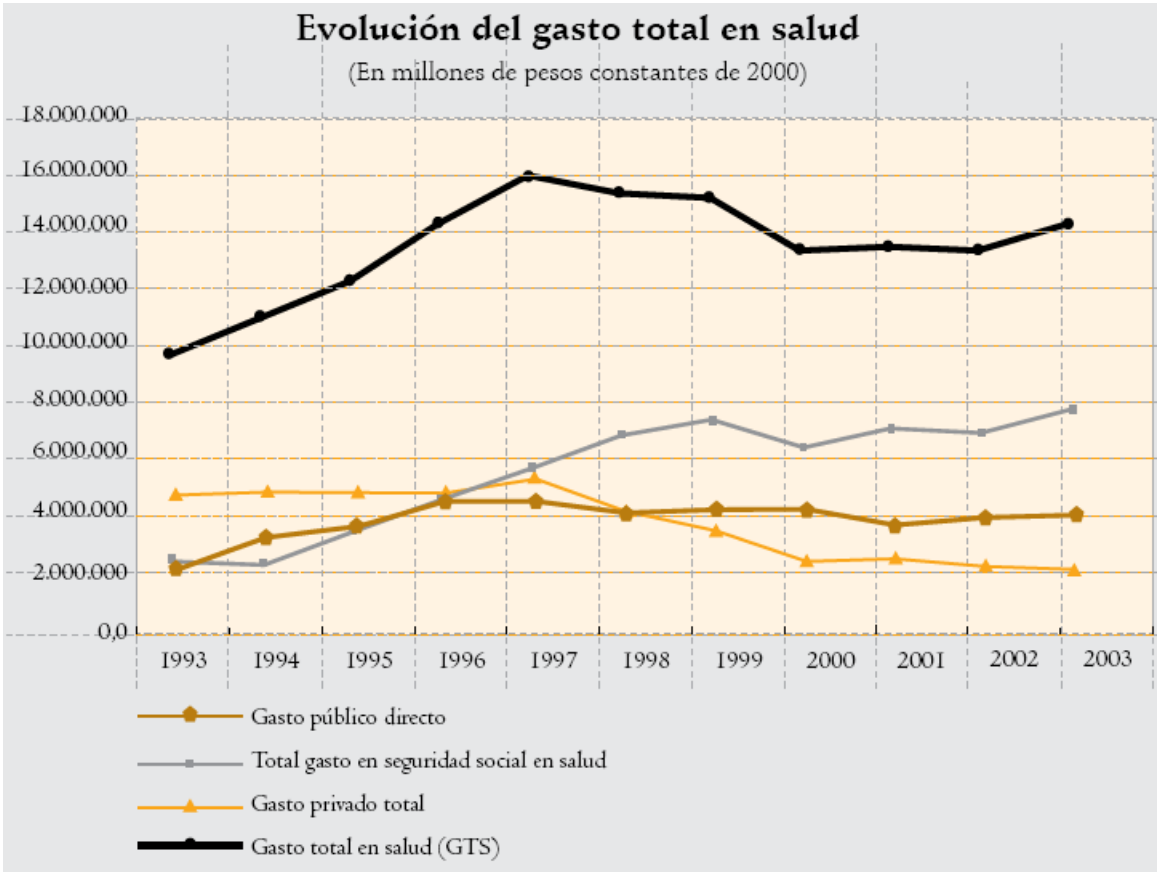
Puede observarse que el gasto público directo como proporción del PIB tiende a aumentar entre 1993 y 1996 al pasar de 1,4% a 2,8%, se mantiene en ese nivel en 1997 y luego decrece hasta llegar a 2,2% en 2003. El gasto total en salud, también como proporción del PIB, aumenta continuamente entre 1993 y 1999 al pasar de 1,6 a 4,5%, decrece en 2000 y luego se mantiene alrededor del 4% aumentando a 4,3% en el último año del periodo, comportamiento que parece estar más determinado por el gasto del régimen contributivo.

Un aspecto a destacar es el incremento significativo que registra la participación del gasto total en salud en el gasto total en salud al pasar de 32,9% en 1996 (luego del periodo de transición) a 55,5% en 2003, con un crecimiento progresivo de dicha participación a lo largo del periodo. Lo contrario ocurre con la participación relativa del gasto privado (y especialmente del gasto directo de bolsillo), la cual se reduce, también significativamente, desde 35,2% (30,1%) hasta 15,9% (7,5%), en los años mencionados.

El gasto total en salud muestra, igualmente, una tendencia creciente entre 1993-1999, luego una caída en 2000 y una tendencia a recuperarse en los tres años siguientes, mientras que el gasto público directo muestra un crecimiento algo lento hasta 1996 y una tendencia a estabilizarse durante el resto del período y el gasto privado total (incluyendo el gasto de bolsillo), tiende a disminuir de manera significativa a partir de 1997 luego de registrar un nivel comparativamente más alto y sostenido durante los primeros cinco años del período.

[84] Ídem

Gráfico No 40. Evolución del Gasto total en salud, Colombia, 1993-2003



Fuente: DNP/DDS/SS y MPS/PARS, Proyecto cuentas de salud.

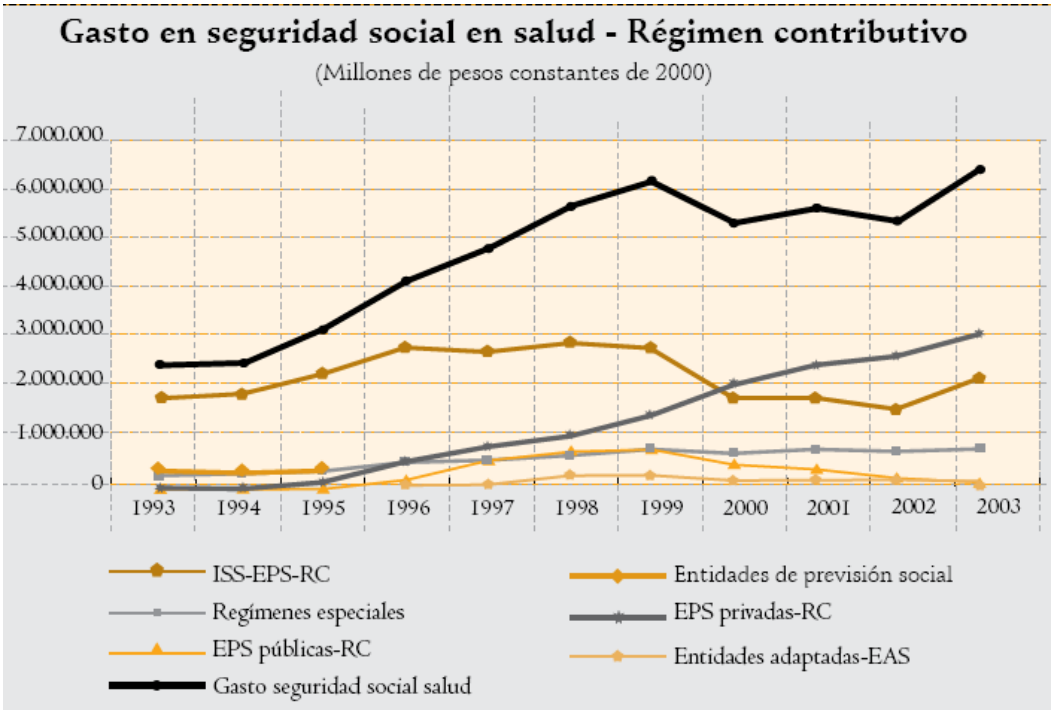
De todo lo anterior vale la pena resaltar dos cosas. En primer lugar, el cambio ocurrido en la composición del gasto en dos fases: La primera, en donde el gasto privado es el mayor aportante del gasto total y abarca desde la situación de prerreforma en 1993 hasta 1997, año en el que el gasto privado y el gasto de seguridad social se igualan, y la segunda desde el año 1997 en donde el gasto en seguridad social es el mayor aportante al gasto total, dada la disminución registrada en el gasto privado de bolsillo y la tendencia del gasto público directo a sostenerse. Así pues, la característica que define el cambio de composición del gasto total en salud y su crecimiento consiste en la progresividad del cambio de gasto de bolsillo a gasto en aseguramiento. De otro lado, los cambios a

través del tiempo están más determinados en los cambios proporcionales, especialmente entre el gasto privado y el gasto total en seguridad social, que en el nivel de participación del gasto total en el PIB.

Gasto en seguridad social en salud

El Gráfico muestra la evolución y composición del gasto total en salud. Obsérvese que este gasto sigue básicamente una trayectoria similar a la del gasto del régimen contributivo, pero con una diferencia o brecha creciente en sus correspondientes niveles a lo largo del periodo, lo cual obedece al crecimiento sostenido del gasto público en seguridad social en salud o del régimen de subsidios a la demanda.

Gráfico No 41. Gasto en seguridad social en salud – Régimen Contributivo, Colombia, 1993-2003



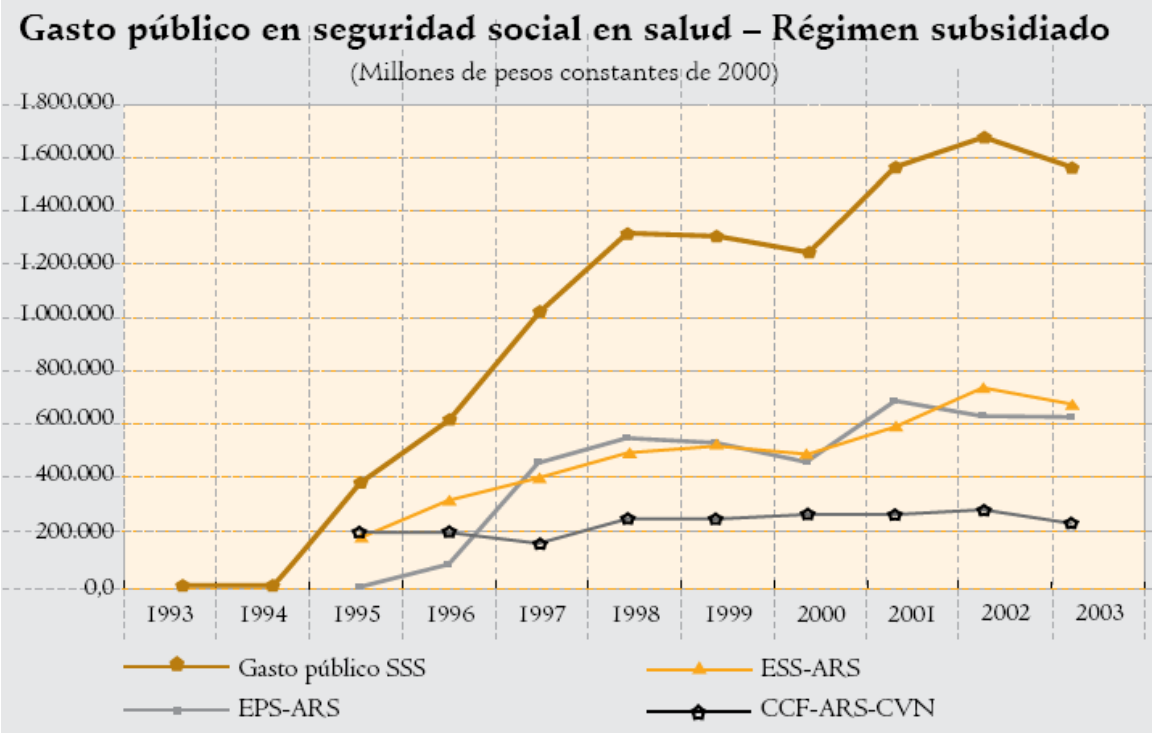
Fuente: DNP/DDS/SS y MPS/PARS, Proyecto cuentas de salud.

Si se tiene en cuenta que los años 1999-2001 corresponden a un período marcado por la crisis económica del país, ello explicaría la caída del gasto en 2000, luego de un aumento significativo en términos reales entre 1994-1999; mientras que su tendencia a sostenerse en los dos años subsiguientes se debería a una mayor dinámica del gasto del régimen subsidiado y el repunte observado en el último año se debería a la recuperación del gasto del régimen contributivo.

El gasto de seguridad social en salud del régimen contributivo muestra un crecimiento sostenido del gasto de las EPS privadas durante el periodo y un comportamiento diferenciado del gasto del Instituto de Seguros Sociales EPS, que luego de mantener el nivel de gasto más alto durante 1993-1999 registra una fuerte caída en 2000, tratando de sostenerse durante los dos años siguientes y recuperándose en el último año, sin alcanzar, sin embargo, el nivel de 1999. Los demás agentes muestran menores niveles de gasto, aunque con tendencias diferenciadas en dos su períodos: uno, entre 1993 y 1999, con un nivel comparativamente más alto y sostenido del gasto de los regímenes especiales y un relativo rápido crecimiento del gasto de las EPS públicas (durante 1997-2000, el ISS, junto con Cajanal y Caprecom, tal vez las entidades más representativas dentro de las EPS públicas, fueron objeto de suspensión de la afiliación al no acreditar margen de solvencia, entre otras razones aducidas para la adopción de medidas de carácter sancionatorio); y el otro, a partir de 1999, donde el gasto de los regímenes especiales se mantiene en un nivel estable, pero el de las EPS públicas cae de manera continua. Las EAS, por su parte, muestran el nivel más bajo de gasto, que además tiende a disminuir lenta y progresivamente.

Por su parte, el gasto en el régimen subsidiado realizado a través de las ahora EPS-S muestra, en general, un comportamiento muy dinámico entre 1995-1998, con un quiebre en su trayectoria de crecimiento durante 1998-2000, una recuperación en 2001-2002, y una nueva caída en el último año. Es preciso advertir sobre los problemas de información de este conjunto de agentes [que] hizo necesario un trabajo adicional de revisión y ajustes.

Gráfico No 42. Gasto público en seguridad social en salud – Régimen Subsidiado, Colombia, 1993-2003



Fuente: DNP/DDS/SS y MPS/PARS, Proyecto cuentas de salud.

Dicha evolución se explica básicamente por el comportamiento oscilante y acompasado en el que se alternan, dentro de una trayectoria de crecimiento, los niveles de gasto las EPS-S y las ESS, mientras que el nivel de gasto de las Cajas de Compensación Familiar - convenios interinstitucionales, comparativamente más bajo, muestra una tendencia estable durante todo el período.

Gasto público directo

La evolución de este componente del gasto presenta un crecimiento rápido durante los tres primeros años de la reforma que luego tiende a disminuir, observando una recuperación moderada en los últimos tres años.

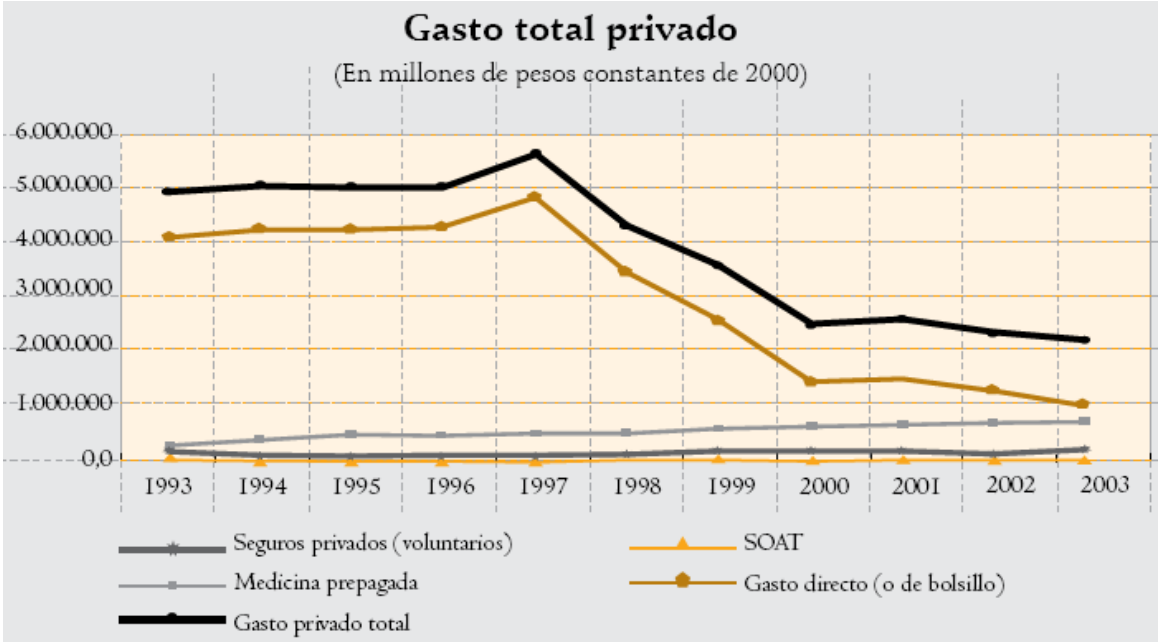
El nivel de dicho gasto y su evolución se determinan básicamente por la magnitud y comportamiento del gasto de los entes territoriales de salud representado por las direcciones seccionales y locales de salud (DSS - DLS) y los hospitales públicos, en cuanto al gasto realizado por la atención a los vinculados, las acciones de salud pública y [el antiguo] plan de atención básica (PAB), y otra parte imputada como subsidios a la oferta en gastos de administración, inversión y algunos conceptos de las transferencias corrientes. En un nivel más bajo y con una evolución muy estable durante el periodo, se encuentra el gasto del Ministerio de Salud y sus entidades adscritas, mientras que los niveles de gasto de otras dependencias y programas oficiales y del FOSYGA son prácticamente insignificantes [limitándose al concepto de apoyo técnico, auditoría y remuneración fiduciaria en cada una de las cuatro cuentas].

Gasto privado

La evolución del gasto privado total en salud permite diferenciar dos fases: la primera, entre 1993-1997, con un nivel significativamente alto y un pico destacado en ese último año; y la otra desde 1997, con una pronunciada tendencia a la baja, que en 2000 muestra un ligero cambio de trayectoria, pero dentro de la misma tendencia descendente. Dicha evolución está muy determinada por el comportamiento del gasto de bolsillo prácticamente hasta 2000, ya que a partir de ese año los demás componentes del gasto privado entran a tener cierto grado de incidencia en la determinación del nivel del gasto privado total, precisamente debido al bajo nivel alcanzado por el gasto de bolsillo.

Entre los demás componentes se distingue la medicina prepagada, con un comportamiento creciente, lento pero sostenido; en tanto que los seguros voluntarios (pólizas de salud y de accidentes personales) mantienen un nivel muy bajo e invariable en términos reales del gasto. Algo similar puede decirse del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT cuyo nivel de gasto es aún más bajo, por lo cual resulta prácticamente insignificante. Lo imputado como gasto tanto de los seguros voluntarios como del SOAT, corresponde a lo efectivamente pagado por las compañías aseguradoras como siniestros exclusivamente en atención médico-quirúrgica.

Gráfico No 43. Gasto privado en salud. Colombia, 1993-2003



Fuente: DNP/DDS/SS y MPS/PARS, Proyecto cuentas de salud.

Financiamiento

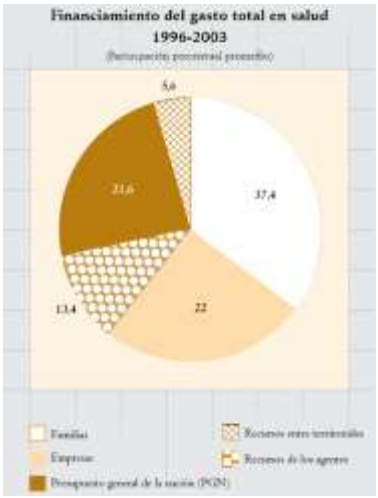
De acuerdo con la caracterización [establecida], el periodo objeto de análisis corresponde al del proceso de consolidación de la reforma, con la estructuración del régimen subsidiado y la participación de la mayoría de los nuevos agentes del sistema, es decir, a partir de 1996, luego del periodo de transición.

Desde el lado del financiamiento, el mayor peso relativo (37,4%) corresponde a las familias, especialmente mediante el pago de los aportes de seguridad social en salud (13,6%) y el gasto de bolsillo (17,5%); en segundo lugar están las empresas (22,0%), básicamente con los pagos correspondientes de los aportes patronales a la seguridad social (14,8%); en tercer lugar, los recursos provenientes de la Nación (21,6%), dentro de los cuales tienen un mayor peso relativo las transferencias de la nación a los entes territoriales (11,7%); en cuarto lugar, los recursos de los agentes, representados por sus recursos propios y de patrimonio (13,4%); y, por último, los recursos

provenientes de los entes territoriales (5,6%). Los recursos propios comprenden la venta de servicios, utilidades por venta de activos, rendimientos financieros y otros diferentes de los ingresos operacionales; en tanto que los patrimoniales corresponden básicamente a las pérdidas contables registradas por algunos agentes [EAPB].

Con base en las tasas de variación promedio anual obtenidas sobre las series expresadas en pesos constantes de 2000, es posible determinar un crecimiento negativo en términos reales del conjunto de los recursos financiados por las familias (-7,2%), dentro de los cuales registran igualmente un crecimiento negativo los aportes a la seguridad social (-3,4%) y el gasto directo o de bolsillo (-16%). Los recursos provenientes de las empresas muestran un crecimiento en términos reales de 6,7%, dentro de los cuales los aportes a la seguridad social en salud se destacan por su alto ritmo de crecimiento (10,9%). Los recursos de los agentes, a su vez, registran el mayor crecimiento promedio anual (6,9%), mientras que los provenientes del presupuesto nacional observan un crecimiento del 2,7%, dentro de los cuales, las transferencias de la nación registran un ritmo de crecimiento de 6,3% promedio anual. Por último, los recursos de los entes territoriales crecen apenas a un ritmo promedio anual del 0,5%, resultante del efecto conjunto de un crecimiento positivo de los recursos municipales (3,2%) y uno negativo de los departamentales (-0,6%).

Gráfico No 44. Financiamiento del Gasto total en salud. Colombia, 1996-2003



Fuente: DNP/DDS/SS y MPS/PARS, Proyecto cuentas de salud.

Observando más en detalle el comportamiento de los porcentajes de participación de estas fuentes durante el periodo en referencia, en el caso de las familias se advierte una tendencia a disminuir su participación relativa de manera significativa y consistente, de 51,3% en 1996 a 28,6% en 2003, que básicamente se explica por la reducción drástica registrada en la participación relativa del gasto directo o de bolsillo, de una gran variedad de conceptos tales como los gastos de publicidad, ventas, comisiones y honorarios de las EPS, indemnizaciones, cuotas, sentencias y conciliaciones, servicio de la deuda y otras transferencias corrientes de las entidades oficiales; y finalmente los gastos en inversión (8%), que incluyen infraestructura física y dotación, investigación, capacitación y otros distintos de los anteriores.

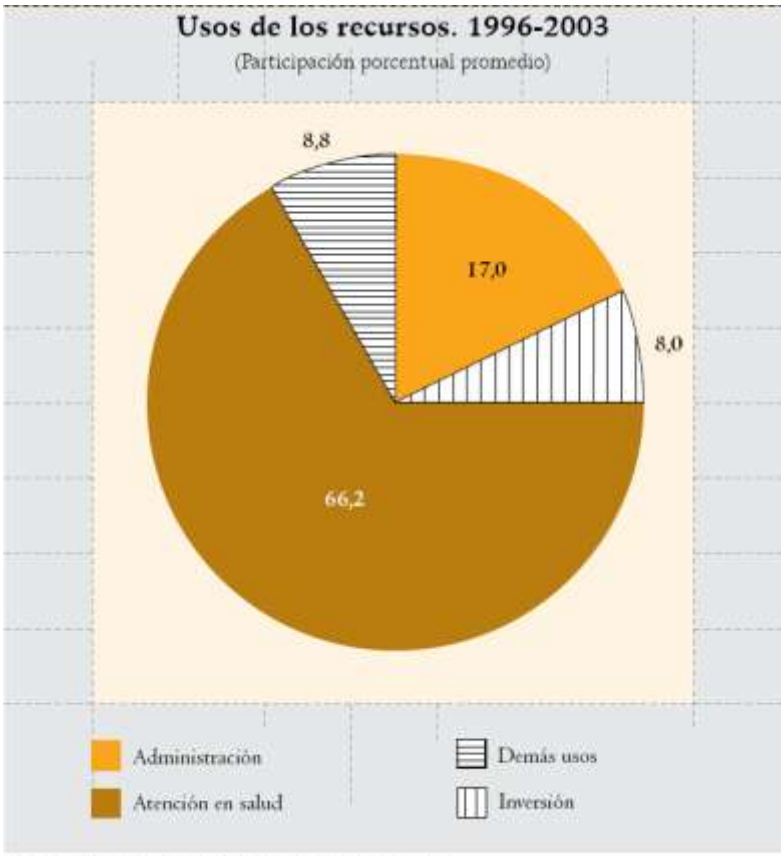
El crecimiento importante de la participación de los gastos de administración, y de los demás usos en menor medida, a partir de 1996, se explica básicamente por la entrada al sistema de los nuevos agentes creados con la Ley 100 de 1993 [EAPB]. Los anteriores resultados, como promedios simples de participación relativa, pueden esconder situaciones para algunos agentes, que se alejan significativamente la distribución porcentual general. Así por ejemplo, el gasto en salud según agentes y tipos de gasto, para 2003 puede establecerse, que en el caso de las EPS públicas los gastos de administración representan 56,3% de su gasto total, mientras el gasto de atención en salud es de apenas el 34,8%; lo mismo podría decirse de la EPS del ISS, cuyos porcentajes de participación en las mismas categorías de usos es de 27,6% y 43,3%, respectivamente.

En cuanto a las variaciones anuales promedio del período de referencia, el gasto de atención en salud registra un ritmo de crecimiento en términos reales de apenas 0,7%; los gastos de administración experimentan un crecimiento real negativo de -5,0% que contrasta con el crecimiento en los gastos de inversión de 1,1%, en el cual inciden los incrementos reales registrados en los rubros de infraestructura y dotación (2,6%) y de investigación (3,8%). Los demás usos por su parte observan un crecimiento promedio, también en términos reales, de 3,4%.

De acuerdo con el análisis desarrollado[85], el crecimiento negativo en el total de usos (y por tanto en el de financiamiento) de -0,2% en términos reales, se explica por la reducción registrada en el gasto del bolsillo desde 1997, año en cual alcanzó su más alta proporción de todo el periodo 1993-2003. Descontando lo correspondiente a dicho concepto, el crecimiento del gasto total es de 3,4 %, promedio anual en términos reales.

[85] En esta misma sección

Gráfico No 45. Usos de los recursos en salud. Colombia, 1996-2003



Fuente: Elaboración propia con base en el Cuadro 3.4.

Fuente: DNP/DDS/SS y MPS/PARS, Proyecto cuentas de salud.

En relación con el periodo de referencia 1996-2003, el gasto en atención de salud muestra unas participaciones relativas crecientes hasta 2000-2001 que luego decrecen en los dos años siguientes, manteniendo niveles de participación muy similares a los de los años 1998 y 1999. Los gastos de administración muestran una tendencia a disminuir su participación, aunque con un leve aumento en los dos últimos años; en tanto que los gastos de inversión señalan una disminución, que se mantiene alrededor del 6,3% entre 1998-2000, para luego aumentar nuevamente en proporciones mayores

hasta alcanzar en el último año la participación más alta del período (10,6%), comportamiento que se explica básicamente por las participaciones relativas del rubro de infraestructura y dotación y, en menor medida, por el de otros, ya que los rubros de investigación y capacitación registran una participación relativa poco significativa aunque estable.

Por último, la categoría demás usos señala una tendencia prácticamente inversa y en todo caso por debajo del nivel de participación del 10% durante el periodo.

Gasto en atención de salud

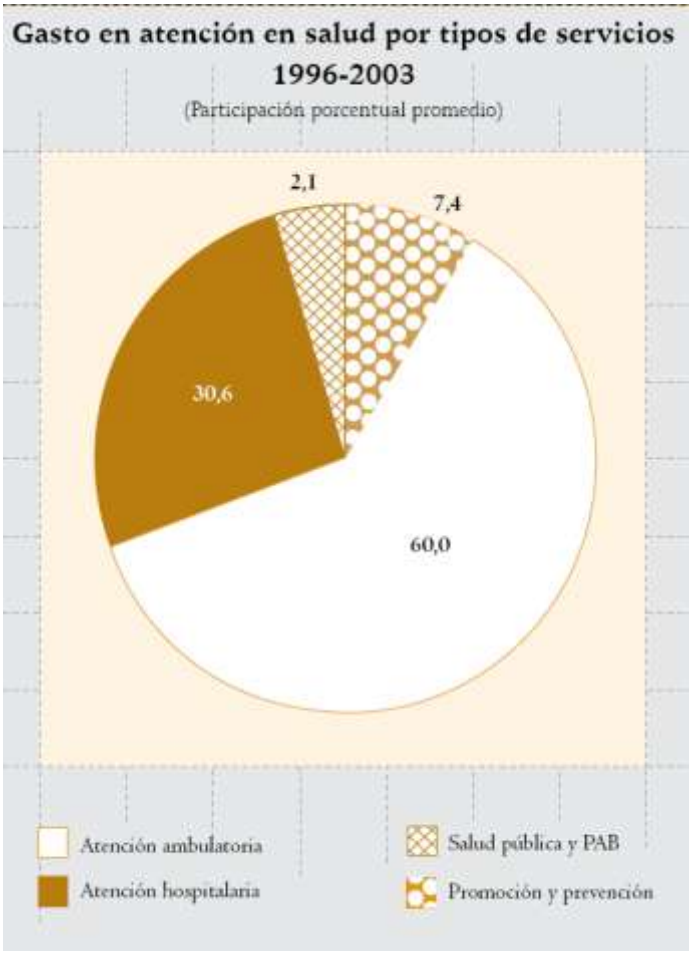
Se calculan las tasas promedios de participación y de variación anual para los subperíodos 1996-2003, en el primer caso, y 2000-2003 en el segundo, en pesos corrientes y pesos constantes de 2000. No obstante, es preciso advertir sobre las grandes dificultades de información que existen para obtener estimativos confiables sobre estos dos conceptos, especialmente en lo referente al gasto por tipos de IPS, ya que, realmente, no existe información consolidada y completa en el país sobre el conjunto de los prestadores privados. Dado que la información de 2001-2003 obtenida para estas últimas corresponde a una cobertura alta de instituciones (por encima del 95%) y sus registros presentan una mejor desagregación y mayor confiabilidad que los de los años anteriores, se optó entonces por presentar aquí solamente los resultados del período 2000 – 2003.

Por tipos de servicios

Del gasto total de atención en salud realizado por los distintos agentes durante 1996-2003, cerca del 60%, en promedio, corresponde a servicios ambulatorios, 30,6% a atención hospitalaria, 7,4% a actividades de promoción y prevención y el restante 2,1% a los programas de salud pública trazados por el Ministerio de la Protección Social y las intervenciones del plan de atención básica (PAB).

Puede establecerse que la atención hospitalaria y las actividades de promoción y prevención registran incrementos positivos en términos reales de 4,0 y 1,5%, respectivamente, mientras que para la atención ambulatoria se obtiene una variación promedio anual negativa de -0,6%. Estos tres componentes determinan, en conjunto, una variación real promedio anual de 0,9%, a pesar de la reducción importante operada en el gasto directo o de bolsillo desde 1997, el cual es imputado en su totalidad como gasto en atención ambulatoria y hospitalaria.

Gráfico No 46. Gasto en atención en salud por tipo de servicios. Colombia, 1996-2003



Fuente: DNP/DDS/SS y MPS/PARS, Proyecto cuentas de salud.

Por su parte, las intervenciones de salud pública y del PAB registran una variación negativa promedio anual de -5,9%, realmente significativa, pero dada la participación reducida de ese componente dentro del gasto total de atención en salud, su incidencia es baja, por lo cual la variación promedio anual en dicho total es de 0,7%, la cual, no obstante, resulta ser superior a la variación real promedio obtenida para el gasto total en salud de 0,1% durante el mismo periodo.

Las participaciones porcentuales anuales del gasto en atención ambulatoria entre 1997-2000 son más bajas con respecto al nivel alcanzado en 1996 (65,7%), manteniéndose alrededor del 61%, para luego disminuir significativamente en 2002 y volver a aumentar en el último año del periodo, alcanzando un nivel similar al de 2001. Lo contrario ocurre con el gasto en atención hospitalaria, donde aumentan las participaciones porcentuales entre 1998-2003, resaltando la proporción más alta de este gasto (39,0%) en 2002.

En cuanto al gasto en promoción y prevención las participaciones porcentuales anuales del periodo señalan cambios de dirección algo similares a los registrados en la atención ambulatoria, excepto en 2002 y 2003, aunque obviamente dentro de órdenes de magnitud inferiores (por debajo del 10%), con una participación muy baja (5,6%) en 2001.

Por tipo de instituciones prestadoras

Puede establecerse que del gasto total en atención en salud realizado por los distintos agentes durante 2000-2003, cerca del 58,5%, en promedio, corresponde a compra de servicios de salud a las IPS privadas, y 41,5% a las IPS públicas. El gasto realizado con estas últimas registra una disminución de -1,2%, mientras que con las privadas se determina un crecimiento de 0,4%, ambas variaciones en términos reales y como promedios anuales del subperíodo 2000-2003.

El gasto de bolsillo en el SGSSS

Barón define el gasto directo o de bolsillo como "el realizado con recursos propios de las personas, en el momento de acceder a la prestación de los servicios, independientemente de su condición de afiliados o no al sistema, e incluye lo correspondiente a copagos, cuotas moderadoras o de recuperación, gastos por consulta general o especializada, hospitalizaciones, exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas, medicamentos, prótesis y demás pagos directos relacionados con la atención recibida en salud".

Según Torres y Knaul (2003), "El gasto privado (de bolsillo) es la forma más inequitativa de financiar servicios de salud, porque la atención médica está en función de la capacidad de pago y no de las necesidades de la salud de las familias, ya que al momento de enfermar una persona, no podrá negociar efectivamente el precio del servicio que recibirá, ni elegir el de mejor calidad".

8.2 Contratación con Prestadores de Servicios de Salud - prestador

El artículo 179 de la Ley 100 de 1993 sobre "campo de acción de las Entidades Promotoras de Salud" - EPS establece que "Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las EPS prestan directamente o deben contratar los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las EPS pueden adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos".

8.2.1 Parámetros generales

El Decreto 4747 de 2007 "Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones" establece el marco general de contratación, así:

Definiciones

a. Prestadores de servicios de salud [PSS]:	• Instituciones Prestadoras de servicios de Salud - IPS • Grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud
b. Entidades responsables del pago de servicios de salud[86]	• Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud [DDS, DLS] • Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado [EPS-C y EPS-S]

[86] Obsérvese que no se incluyen las entidades de medicina prepagada, las aseguradoras del SOAT y la subcuenta de FOSYGA ECAT

	• Entidades adaptadas de Salud [EAS] • Administradoras de Riesgos Profesionales [ARP]
c. Red de prestación de servicios	Conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos
d. Modelo de atención[87]	Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutiva, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia
e. Referencia y contrarreferencia[88]	Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago

[87] A propósito de ello, el Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud SOGC

[88] A propósito de ello, el Decreto 2759 del Ministerio organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia

f. Acuerdo de voluntades	Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen

Referencia y contrarreferencia

- Referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro, para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud
- Contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

Es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de la IPS receptora que garantice la atención adecuada del paciente. La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del remisor hasta que ingrese en la institución receptora y del servicio de transporte especial de pacientes mientras esté a su cuidado.

Modalidades de pago

A su vez, el mismo decreto define en su artículo 4 “los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud”, que son:

a. Pago por capitación:	Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas

b. Pago por evento:	Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente
c. Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico:	Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente

Contenidos mínimos del contrato

Las condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios son:

1. Término de duración
2. Monto o mecanismos que permitan determinar el valor total
3. Información de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico
4. Servicios contratados
5. Mecanismos y forma pago
6. Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago
7. Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia
8. Periodicidad en la entrega de información de prestaciones de servicios de salud RIPS

9. Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas
10. Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades
11. Mecanismos para la solución de conflictos
12. Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso

Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben garantizar las bases de datos de sus afiliados, asegurando su depuración y el registro de las novedades, por administración en línea o en su defecto por los medios disponibles.

Requisitos mínimos para las partes que contratan

El decreto establece los requisitos mínimos que se deben tener en cuenta para la contratación, así:

Por parte de los prestadores de servicios de salud:

1. Habilitación de los servicios a prestar
2. Soporte de la suficiencia para prestar los servicios a contratar
3. Modelo de prestación de servicios definido por el prestador
4. Indicadores de calidad definidos en el Sistema de Información para la Calidad del SOGC

Por parte de las entidades responsables del pago de los servicios de salud:

1. Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico
2. Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago
3. Diseño y organización de la red de servicios
4. Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios
5. Indicadores de calidad definidos en el Sistema de Información para la Calidad del SOGC
6. Documentación del proceso de referencia y contrarreferencia

Las entidades responsables del pago de los servicios deben garantizar los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de éstos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica. También deben difundir entre sus usuarios la conformación de su red de prestación de servicios en la página web y en la prensa local, o en su defecto en lugares visibles.

Además de los requisitos mínimos, las partes deben contemplar según la modalidad de contratación una serie de requisitos adicionales.

Condiciones mínimas en los contratos por capitación

1. Base de datos de los usuarios
2. Perfil epidemiológico de la población objeto
3. Monto que debe ser pagado por el responsable del pago por cada persona con derecho a ser atendida, en un período determinado
4. Identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación
5. Metas de cobertura, resolutividad y oportunidad en la atención
6. Condiciones de ajuste en el precio asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten
7. Condiciones para el reemplazo de personas cubiertas asociadas a las novedades de ingreso o retiro

Las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación deben ser prestados o suministrados directamente por el PSS contratado. Si son bridados por otro prestador, por remisión o en caso de urgencias, la entidad responsable del pago cancelará su importe a quien haya prestado el servicio, y puede previa información descontar el valor de la atención.

La capitación no genera en ningún caso la transferencia de las obligaciones propias del aseguramiento a cargo exclusivo de las entidades responsables de cubrir el riesgo en salud.

Según el decreto 050 de 2003, ninguna EPS puede contratar por capitación la totalidad de los servicios de más de dos niveles de atención con una misma IPS. Además, las EPS que realicen

contratos de capitación deben requerir, con la periodicidad que determine el Ministerio, la información sobre los servicios prestados en cuanto a patologías y frecuencias y deben abstenerse de celebrar o renovar contratos con entidades que no cumplan lo previsto en materia de información. La Superintendencia Nacional de Salud impone sanciones personales a los representantes legales de las IPS y EPS cuando incurran en aquellas conductas encaminadas a ocultar a la autoridad de supervisión la situación real de acreencias.

Condiciones mínimas en otras modalidades de contratación

Pago por evento o caso	Pago por conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico
• Actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos que deben ser prestados o suministrados por el prestador de servicios de salud	• Listado y descripción de diagnósticos, paquetes, conjuntos integrales o grupos relacionados por diagnóstico
• Tarifas aplicadas a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos	• Tarifas aplicadas a los conjuntos integrales de atenciones, paquetes o grupos relacionados por diagnóstico

La identificación de los procedimientos en salud debe tener en cuenta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS.

Otras disposiciones

De acuerdo con el decreto 050 de 2003, en la contratación se deben señalar expresamente los servicios que son prestados en forma directa por el contratista y aquellos que de manera excepcional se prestan por remisión a terceros.

Se considera práctica insegura la contratación que realice una EPS con una institución o persona natural o jurídica para que ésta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios. Será solidariamente responsable la EPS de los incumplimientos en que incurra la entidad que adelantó la subcontratación.

8.2.2 Análisis de las modalidades de contratación

Pago por evento

También llamado pago por actividad, facturación por actividad prestada (FAP) o con el anglicismo *fee for service*. Consiste en un pago realizado por la totalidad de un servicio recibido; la remuneración incluye los honorarios profesionales, insumos, medicamentos, gastos por arriendo o por servicios quirúrgicos y el precio final es específico y diferente para cada paciente y por cada servicio.

Suele utilizarse para el reconocimiento de honorarios a médicos especialistas; hospitalizaciones; intervenciones quirúrgicas actividades de apoyo diagnóstico técnico y es en el SGSSS la alternativa preferida para la atención de mediana y alta complejidad y de manera poco frecuente para la remuneración de médicos generales.

Entre sus ventajas se cuenta que garantiza la financiación en la prestación de los servicios siempre y cuando las tarifas convenidas consulten los costos reales y se den volúmenes de producción adecuados, genera utilidades si hay ponderación de costos y es seguro financieramente para el prestador; de hecho es la modalidad de contratación ideal donde los costos son difíciles de definir, como en las atenciones de complejidad y estimula la adquisición de tecnología de punta.

Como desventajas suelen citarse que induce a mayor consumo (demanda inducida por el oferente), no genera autocontrol, el pago es retrospectivo, puede trasladar ineficiencia administrativa del prestador al pagador, requiere sistemas de costos detallados que no son asequibles sobre todo a los prestadores pequeños, requiere de mecanismos reguladores, no permite relacionar la financiación con los resultados en términos de mejor estado de salud de la comunidad y genera incentivos perversos tales como sobrefacturación de servicios de alta rentabilidad y supresión de los servicios de alta complejidad y baja rentabilidad. En la modalidad de precio concertado requiere de procesos de negociación que permitan establecer las tarifas, induce el escalamiento de costos debido a que incentiva la cantidad sobre la calidad, incentiva tratamientos intensivos e innecesarios y genera sobrecosto adicional sobre el sistema por los mecanismos de auditoría y control. Además, el costo de la sobreutilización recae en el asegurador, en el usuario (paga cuotas moderadoras o copagos) y en general sobre todo el sistema. Finalmente, se tiene que según los criterios bajo los cuales fue elaborado el SGSSS, se entendería que el pago por evento no incentiva las acciones de prevención de la enfermedad y que, por el contrario, propicia el asistencialismo, pero realmente esto depende

de que el concepto de siniestro se entienda como incidencia/ prevalencia de enfermedad y mortalidad, no como frecuencias de uso del servicio[89].

Las centrales de autorización son mecanismos reguladores, o sea, filtros de los pagadores para optimizar el manejo de la red de servicios y el uso de los recursos, así como para lograr adecuada comprobación de derechos, direccionamiento de pacientes, evaluación de la pertinencia, control del gasto en salud y evaluación del plan asegurado.

Pago por capitación o *per cápita*

Consiste en el pago periódico a los Prestadores de Servicios de Salud prestador de una determinada suma de dinero para el cubrimiento de determinadas actividades y procedimientos del plan de beneficios. Se basa en el principio de enfermo potencial y no en el de enfermedad sentida y suele presupuestarse basado en indicadores de utilización potencial de servicios (cálculo de frecuencias), por lo que demanda un amplio conocimiento de las características de la población atendida, tanto en lo relacionado con el perfil epidemiológico y el acceso, y en general lo que pueda afectar las frecuencias de uso.

Es la forma preferida de contratación en el SGSSS para servicios básicos, principalmente ambulatorios y en el primer nivel de complejidad, aunque su uso puede extenderse a todos los niveles (hospitalarios y ambulatorios). Por el alto riesgo resulta de difícil negociación y requiere necesariamente de la aplicación de pagos moderadores, incluso en los casos de inasistencia.

Entre las ventajas de esta modalidad se cuenta con que es de riesgo compartido, se hace mediante pago prospectivo (previo) que mejora el flujo de caja de los prestadores, disminuye los procesos administrativos de facturación detallada e igualmente reduce los controles de auditoría de cuentas y posibilita contratar servicios con UPC diferenciales, por rangos de edad y género. La capitación es el modelo de contratación que más se beneficia de los estudios de tipo epidemiológico y demográfico, lo que lleva a que el proceso de negociación se base en la obtención de resultados y metas en salud y calidad de los servicios. Finalmente, es el mecanismo de contratación que potencialmente ofrece mayores garantías de contención de costos: Induce a racionar servicios, reduce hospitalización y hace menos frecuentes y severos los mecanismos de control de pertinencia por parte de los aseguradores.

[89] Como se vio en la sección 1.1.3 “Características del modelo de aseguramiento” (páginas 10 y ss)

Ahora bien, como desventajas se cuentan que puede convertirse en una forma de simplemente transferir riesgos del asegurador al prestador, desvirtuando la razón de ser de los aseguradores, limita la libertad de elección al asegurado, apremia al prestador a hacer las actividades ambulatorias, puede generar deficiencias en la calidad y contenido de los servicios ya que no se dan los incentivos del pago por evento, requiere volúmenes de usuarios de acuerdo con capacidad instalada, promueve un indeseable control a la utilización de avances médicos, requiere metas e incentivos adicionales a la facturación y puede inducir represas en la atención (selección de riesgos por parte del prestador). Cuando se trabaja con grupos poblacionales pequeños, se puede dar una disminución significativa de los recursos, incentiva a minimizar el costo por servicio, las dilaciones en la resolución de remisiones a niveles superiores repercuten negativamente en el prestador que capita, quien debe asumir los sobrecostos generados mientras se realiza un manejo adecuado de la patología. Como se puede evadir reiteradamente las responsabilidades en el cubrimiento de los servicios, se presenta una tendencia a aplazar los tratamientos requeridos, es de difícil control interno y puede generar desviación de pacientes a otros niveles de atención evadiendo costos y responsabilidades en la atención.

Además, por las dificultades técnicas para el cálculo de la capitación esta modalidad es de alto riesgo para los prestadores pues deben asumir costos de atención de actividades cuya frecuencia no corresponde a las proyecciones esperadas y requiere un amplio conocimiento de las condiciones de desarrollo, culturales y del perfil epidemiológico de la población a cubrir.

Los prestadores que utilizan la modalidad de capitación deben enfocar sus esfuerzos hacia la prevención de la enfermedad, revisar los procesos administrativos y operativos en busca de la eficiencia en el manejo de los recursos, aprender a navegar en las diferentes formas de contratación y lograr motivaciones de índole ética y económica y estimular adquisición de tecnología con buena relación costo-beneficio.

Pago por grupo diagnóstico

Es también conocido como pago por conjunto de atención integral; Pago Asociado a Diagnóstico PAD; grupos homogéneos o relacionados de diagnóstico -DRG (por sus siglas en inglés) o GRD en español-; o se habla también de paquetes o agregados.

En esta modalidad se pacta el pago de una suma preestablecida por el cubrimiento de los costos de las actividades requeridas para la resolución de algunas patologías o intervenciones claramente

definibles, que se corresponden con protocolos relativamente estandarizados. La unidad de medida es el tratamiento global de una dolencia específica.

Suele utilizarse en la contratación con prestador del tratamiento integral de patologías quirúrgicas de frecuente ocurrencia, que cuenten con esquemas de tratamiento relativamente constantes y en menor proporción para el control de patologías clínicas con manejo estandarizado.

Es una modalidad ideal en servicios hospitalarios médicos y quirúrgicos, así como en programas continuos ambulatorios. Entre sus ventajas se tiene que es un instrumento efectivo para el control de costos, el riesgo se comparte proporcionalmente entre asegurador y prestador, se interviene la utilización indiscriminada de recursos para la resolución de entidades fácilmente controlables y por ende la sobrefacturación, lleva al prestador a dirigir su gestión hacia la búsqueda de eficiencia a través de la optimización de recursos, la atención se fundamenta en medicina basada en evidencia, se obtiene mayor oportunidad, compromete a los científicos, genera confianza, promueve la libertad de elección, el riesgo es controlado mediante el uso efectivo de los protocolos de atención, disminuye las actividades administrativas de facturación detallada y simplifica el cobro, reduce los controles de auditoría de cuentas, estimula una utilización más racional de tecnología para fines diagnósticos y de tratamiento, garantiza a los prestadores que se reconozcan efectivamente los casos que se presenten (no existe el desfase que se pudiera presentar con la capitación).

Las repercusiones de esta modalidad sobre los prestadores son que induce un trabajo eficiente buscando racionalización en los costos y por consiguiente economías, optimiza la utilización de los recursos tecnológicos y motiva a buscar alternativas de tratamiento más costo-eficaces.

Las principales desventajas del pago por grupo diagnóstico son que es muy laboriosa en su construcción, puede desvirtuar los verdaderos diagnósticos y manejar dichas patologías como entidades más complejas y facturarlas por evento, puede presentarse como fenómeno negativo las “altas tempranas” para disminuir los días estancia lo que lleva implícito riesgos con la calidad de atención, su implementación se ve fuertemente afectada por el poder de negociación de los actores, puede afectar negativamente la calidad de los servicios, pues se pueden tratar de realizar economías sacrificando actividades indispensables para el manejo, se está sujeto a las variaciones en el contenido de actividades y consumos que se reconozcan, se puede presentar la utilización de insumos de baja calidad para disminuir los costos y se puede presentar el fenómeno de selección inversa de riesgo por parte del prestador, prefiriendo tratar las enfermedades de mayor costo y se hacen de lado o se posterga el tratamiento de pacientes cuyo tratamiento es pagado por caso.

Pago por presupuesto histórico o retrospectivo

El presupuesto histórico o retrospectivo consiste en el pago de una suma global fija anual para el financiamiento de la operación del prestador basada en el registro histórico del comportamiento del gasto operacional; habitualmente las entregas de los dineros se hacen a través de partidas periódicas. Este es el mecanismo por el cual se solía contratar la atención de la población pobre no asegurada (primer nivel de complejidad) del municipio con la ESE.

Las ventajas del pago por presupuesto están en la facilidad de adopción para ambas partes, en que al ser un modelo similar a la capitación, encamina a los prestadores hacia el logro de eficiencia al operar con presupuestos fijos, incentiva la eficiencia para el control de los costos operativos, lográndose una adecuada relación costo/paciente, la operación de los servicios asistenciales se debe regir por los estándares de prestación de servicios definidos para los cálculos del presupuesto asignado, estimula la adquisición de tecnología con buena relación costo/beneficio, induce a una inversión lógica en materia de tecnología pues persigue una adecuada relación costo/efectividad, promueve la variación efectiva en los indicadores de frecuencia de uso de la población (lo que se traduce en economías frente a los costos y gastos proyectados) y provee de elementos más reales de análisis financiero y económico, para tener un punto de partida más ajustado en las negociaciones laborales y en el logro de incentivos para el personal.

Entre sus desventajas están en la dificultad de predicción para ambas partes, que es un modelo en el cual se puede transferir el riesgo de la atención al proveedor del servicio, ya que el pago es fijo e independiente de las frecuencias de utilización, para su implementación y manejo requiere de un sistema de información lo suficientemente confiable que permita contar con indicadores para los cálculos de las actividades requeridas, los desfases en la programación de actividades se traducen necesariamente en déficit operacionales, no es de fácil aplicación y no es recomendable mientras no se cuente con sistemas de costeo eficientes que permitan tomar correctivos oportunamente, los cálculos de actividades proyectadas, no necesariamente consultan el verdadero comportamiento de la demanda de servicios, encasilla a los prestadores a partir del supuesto que los grupos poblacionales se rigen por patrones similares e induce fuertemente una doble selección de riesgos por parte del prestador y el pagador.

Las repercusiones de esta contratación sobre los prestadores son que las posibilidades de desarrollo se limitan a las que se puedan derivar de la capacidad de gestión, exigen de las directivas el acercamiento a la comunidad para mantener las frecuencias dentro de lo esperado, requiere de una actitud marcada de liderazgo de sus directivos frente al recurso humano para que se genere la

innovación y la iniciativa en todos los niveles y requiere de la implementación de mecanismos de seguimiento, control y evaluación de gestión que permitan el logro de las soluciones necesarias para los problemas detectados.

Pago por presupuesto prospectivo

El presupuesto prospectivo o pago por metas de atención consiste a su vez en el pago de una suma global estimada con base en el gasto esperado de la entidad resultante de la demanda potencial de servicios; la unidad de volumen está constituida por el volumen de actividades a realizar en un período y la base de cálculo de las actividades se funda en las actividades y procedimientos que requeriría una población beneficiaria en un período determinado. Generalmente este tipo de pago se utiliza en hospitales en sistemas de integración vertical, un sistema que apenas si se ha utilizado en nuestro medio, en el sector público.

8.2.3 Flujo de recursos en el SGSSS

Marco normativo del flujo de recursos en el SGSSS

Sin pretender ser totalmente exhaustivo, puesto que la normatividad sobre flujo de recursos en el SGSSS está dispersa en un sinnúmero de normas, el marco legal de este tema está principalmente dado por:

- Ley 100 de 1993
- Decreto 1804 de 1999 "por el cual se expiden normas sobre el régimen subsidiado (…) y se dictan otras disposiciones", Capítulo II "Correcta aplicación de los recursos de la seguridad social y otras disposiciones"
- Ley 715 de 2001
- Decreto-Ley 1281 de 2002 del Ministerio, "por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación"
- Decreto 050 de 2003 "Por el cual se adoptan unas medidas para optimizar el flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado (…) y se dictan otras disposiciones"
- **Ley 812 de 2003**
- **Decreto 3260 de 2004** "por el cual se adoptan medidas para optimizar el flujo de recursos en el SGSSS"
- Decreto 2280 de 2004 "Por el cual se reglamenta el proceso de compensación y el funcionamiento de la Subcuenta de compensación interna del régimen contributivo del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA"
- Ley 1122 de 2007
- Decreto 1020 de 2007 "por el cual se reglamenta la ejecución y giro de unos recursos del régimen subsidiado y aspectos de la prestación de servicios de salud (…)"
- Decreto 4747 de 2007 "Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud - PSS y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones"

Quienes administren recursos del sector salud, y quienes manejen información sobre la población hacen parte del Sistema Integral de Información del Sector Salud. Cuando el incumplimiento de los deberes de información no imposibilite el giro o pago de los recursos, se debe garantizar su flujo para la financiación de la prestación efectiva de los servicios de salud. Todas las entidades que manejen información que resulte útil para evitar pagos indebidos con recursos del sector salud, deben suministrar la información y las bases de datos que administren. Las autoridades públicas, entidades privadas y demás actores están obligadas a suministrar la información acerca de las bases de cálculo de los recursos del sistema, su recaudo y giro.

a. Flujo de recursos de la Nación a los entes territoriales

Giros de la Nación a los entes territoriales para régimen subsidiado

La Ley 1122 de 2007 determina que "el gasto de los recursos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA se programará anualmente por un valor no inferior al recaudo del año anterior incrementado por la inflación causada y se girará a las entidades territoriales por trimestre anticipado previo cumplimiento de la radicación de los contratos, la acreditación de cuentas maestras y el envío y cruce de la base de datos de los afiliados, sin que sean exigibles otros requisitos. El no cumplimiento oportuno de estos giros, generará las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud".

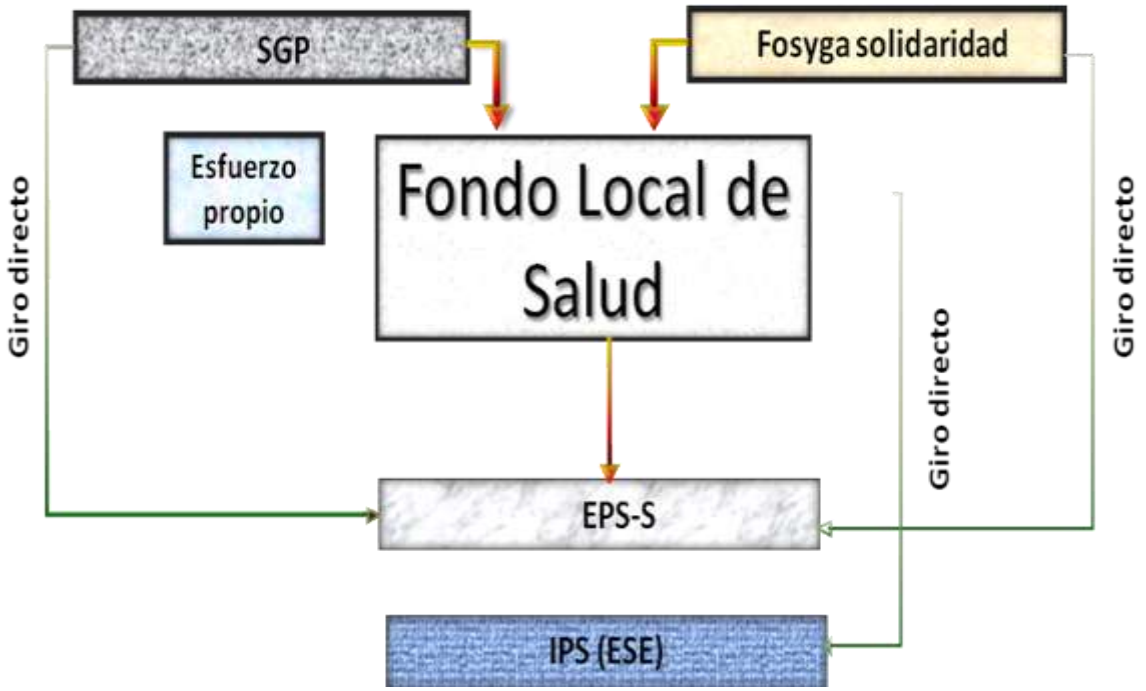
Los rendimientos financieros generados por la inversión de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad de FOSYGA son recursos del régimen subsidiado, así como los rendimientos financieros de la inversión de los ingresos derivados de la enajenación de las acciones y participaciones de la Nación en las empresas públicas o mixtas que se destinen a este fin por el Consejo Nacional de Política Económica y Social, CONPES.

El giro de los recursos del SGP para régimen subsidiado se hace a los fondos territoriales de salud los diez primeros días del mes siguiente al que corresponde la transferencia, conforme lo señala el artículo 53 de la Ley 715 de 2001.

Los recursos de la Empresa Territorial para la Salud, ETESA, asignados para cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado, se deben girar a los fondos territoriales de salud dentro de los primeros 10 días del mes siguiente a la distribución (Ley 643 de 2001). Los entes territoriales no deben destinar

porcentaje alguno de las rentas de la explotación del monopolio de los juegos de suerte y azar para financiar gastos administrativos.

Gráfico No 47. Flujo de recursos en el Régimen Subsidiado



Fuente: MPS, Universidad CES

Compensación interna régimen contributivo

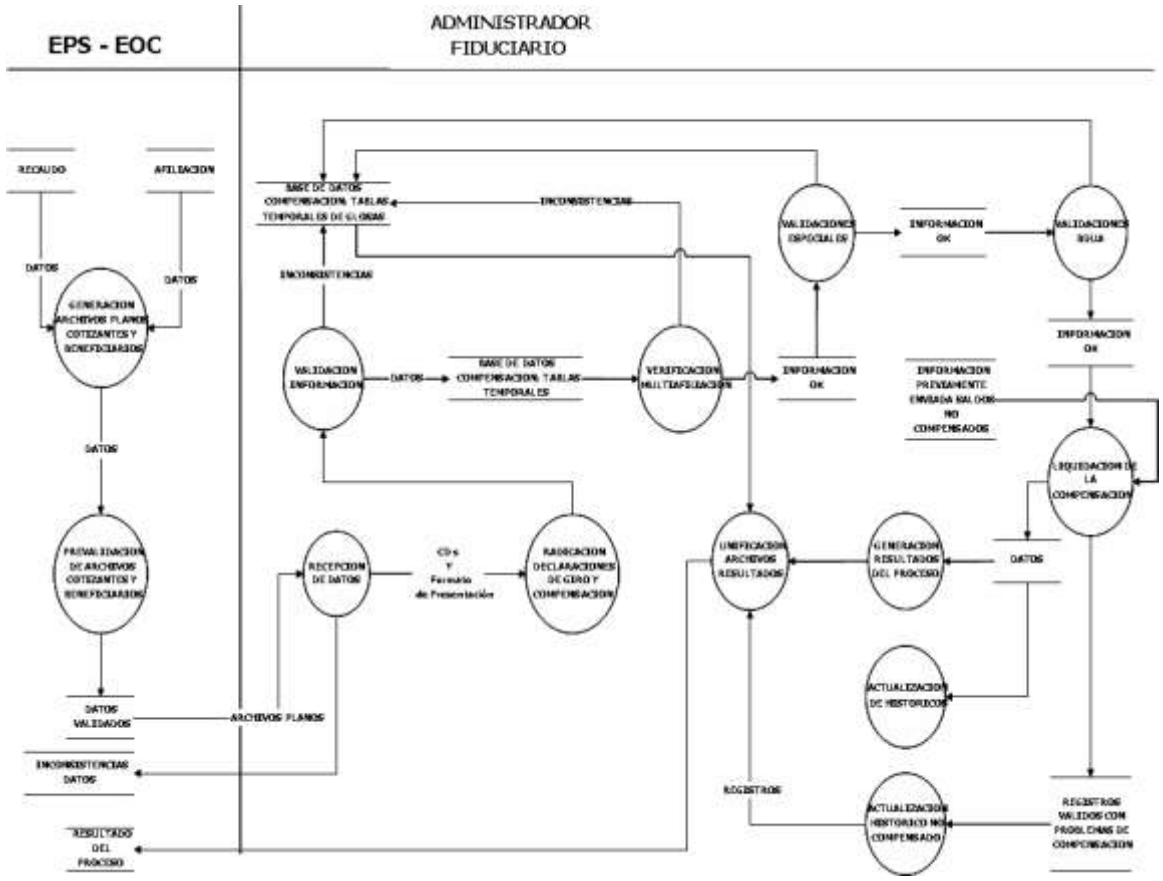
Para trasladar o cancelar la totalidad de la diferencia entre el valor de las cotizaciones y las UPC-C es el décimo día hábil del mes siguiente al del recaudo (artículo 205 de la Ley 100 de 1993).

La compensación interna régimen contributivo está reglamentada por el Decreto 2280 de 2004 y sus actos administrativos derivados (Resolución 3364 de 2004 y Circulares 101 y 102 de 2004), que empezó a regir el 15 de febrero de 2005. Esta norma modificó el esquema de control del recaudo, conciliación de cuentas y saldos no compensados, así como el proceso de compensación definido por el derogado decreto 1013 de 1998, cuya vigencia había entrado en crisis debido a demostrados

problemas por problemas jurídicos relacionados con EPS-C que compensaban más usuarios de los que realmente estaban, al parecer, cobijando con aseguramiento, ya que según se evidenció en investigaciones de los entes de control se compensaban multiafiliaciones, fallecidos, cambios de régimen.

Los objetivos fundamentales del modelo de compensación actual son: Ejercer un mejor control del recaudo de aportes, simplificar el proceso de compensación y optimizar el flujo de recursos del régimen contributivo. Según esta norma no se pueden compensar afiliados que no se encuentren en la base de datos única de afiliados debidamente consolidada.

Gráfico No 48. Diagrama de flujos proceso de compensación interna régimen contributivo según Decreto 2280 de 2004



Fuente: MPS, 2005

Pagos de FOSYGA a los PSS

Cualquier tipo de cobro o reclamación que deba atenderse con recursos de las diferentes subcuentas del FOSYGA debe tramitarse en ante su administrador fiduciario dentro de los seis meses siguientes a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, no por vía administrativa.

El administrador fiduciario del FOSYGA debe adoptar todos los mecanismos a su alcance y proponer al Ministerio los que considere necesarios. Las compañías de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, SOAT, deben reportar de manera permanente la información requerida por el administrador fiduciario del FOSYGA.

Los giros o pagos siempre se deben efectuar directamente al beneficiario.

b. Flujo de recursos entre las entidades territoriales y las EPS-S

Los entes territoriales deben incorporar en los proyectos de presupuesto para la siguiente vigencia fiscal, los recursos destinados al régimen subsidiado, tanto propios como de SGP y solidaridad. Los recursos del Régimen Subsidiado se manejan en los fondos departamentales, distritales o municipales de salud sin hacer unidad de caja con ningún otro recurso de la entidad territorial. Estos recursos son inembargables.

Las entidades territoriales deben suscribir un solo contrato con cada Entidad Promotora de Salud del régimen Subsidiado (EPS-S) para cada periodo de contratación que debe incluir todas las fuentes de financiación y deben garantizar la aplicación del 100% de los recursos del régimen subsidiado provenientes del SGP y de los recursos propios.

La Ley 1122 de 2007 establece que los pagos efectuados por la entidad territorial a las EPS-S se deben hacer bimestre anticipado dentro de los primeros 10 días de cada bimestre, sólo mediante giro electrónico, a cuentas previamente registradas de entidades que estén debidamente habilitadas y mediante la presentación de facturas que cumplan las disposiciones del Estatuto Tributario.

La entidad territorial que no gire los recursos en los plazos establecidos (habiéndolos recibido por

parte de la Nación) debe reconocer intereses moratorios con cargo a los recursos propios de la entidad territorial.

Los responsables del manejo de los recursos del SGP y del sector salud en las entidades territoriales, se hacen acreedores por parte de la Superintendencia Nacional de Salud cuando no acaten sus instrucciones, no rindan la información o esta sea inexacta, no organicen y manejen los fondos de salud, conforme a lo previsto en las normas o desatiendan las previsiones legales referentes al flujo de recursos del sector salud. El artículo 68 de la Ley 715 de 2001 establece las sanciones a los responsables del manejo de los recursos sector salud en las entidades territoriales, con recursos de su propio peculio

Las EPS-S, a su vez, deben adelantar las acciones conducentes al cobro de la cartera frente a los entes territoriales. Se considera omisión por parte de sus representantes legales no dar inicio a las acciones judiciales luego de 3 meses del incumplimiento del pago (Ley 734 de 2002).

c. Flujo de recursos entre las entidades responsables del pago de servicios de salud y las PSS

Varias normas reiteran que los Prestadores de Servicios de Salud -PSS deben ser entidades o personas debidamente habilitadas para cumplir estas funciones y que certifiquen su capacidad real de resolución en la que se haga siempre efectiva la oportunidad y calidad de la atención brindada al usuario.

Plazos de facturación y pago entre entidades responsables del pago de servicios de salud y PSS

El artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 sobre “Flujo y protección de los recursos” establece que las EPS de ambos regímenes deben pagar los servicios a los prestadores habilitados “mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los 30 días siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los 15 días posteriores a la recepción del pago”.

Las facturas que presenten glosas deben quedar canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura.

Cuando las entidades responsables de pago no cancelen dentro de los plazos establecidos a las IPS, están obligadas a reconocer intereses de mora a la tasa legal vigente que rige para las obligaciones financieras.

Las cuentas de cobro, facturas o reclamaciones se deben presentar a más tardar dentro de los seis meses siguientes a la fecha de la prestación de los servicios o de la ocurrencia del hecho generador de las mismas o no habrá lugar al reconocimiento de intereses, ni otras sanciones pecuniarias.

El Decreto 4747 de 2007 establece los siguientes plazos:

1. Los PSS deben presentar a las entidades responsables de pago las facturas con los soportes establecidos por el Ministerio de la Protección Social.
2. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los 30 días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, deben formular y comunicar a los prestadores las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas y a través de su anotación y envío en el registro conjunto de trazabilidad de la factura. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se pueden formular nuevas glosas a la misma, salvo las que surjan de la respuesta dada.

   El ministerio debe expedir el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas, de obligatoria adopción por todas las entidades del SGSSS, con la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas.

   Para efectos de contar con un registro sistemático del cobro, glosas y pago de servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social debe establecer la estructura y operación de un registro conjunto de trazabilidad de la factura.
3. El prestador de servicios de salud - PSS debe dar respuesta a las glosas dentro de los 15 días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador puede:

   - Aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito
   - Subsanar las causales que generaron la glosa
   - Justificar si la glosa no tiene lugar

4. La entidad responsable del pago, dentro de los 10 días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deben ser cancelados dentro de los 5 días hábiles siguientes.

   Las facturas devueltas pueden ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas.

5. Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud.

Sobre glosas

Quienes estén obligados al pago de los servicios, no pueden condicionar el pago a los PSS, a requisitos distintos a la existencia de autorización previa o contrato cuando se requiera, y a la demostración efectiva de la prestación de los servicios.

En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios.

En el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a titulo de pago anticipado en cobros posteriores o a la devolución del valor glosado y al reconocimiento de intereses.

El reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa procederá a más tardar dentro de los veinte días hábiles siguientes a la comunicación del hecho, actualizados por el Índice de Precios al Consumidor, IPC o junto con los respectivos intereses liquidados a la tasa de interés moratorio si hubo responsabilidad del actor. El incumplimiento de los plazos previstos para el pago o giro de los recursos causa intereses moratorios a favor de quien debió recibirlos.

Otras disposiciones

Todos los acuerdos de voluntades para prestación de servicios de salud en el SGSSS entre PSS y entidades responsables del pago, con independencia de la naturaleza jurídica de las partes, deben ser liquidados o terminados a más tardar dentro de los 4 meses siguientes a su vencimiento.

Los rendimientos financieros generados por las cotizaciones recaudadas por las EAPB sólo pueden ser apropiados para financiar actividades relacionadas con el recaudo de las cotizaciones y para evitar, su evasión y elusión.

Según el artículo 9 de la Ley 1122 de 2007, los recursos de la UPC no pueden destinarse al pago de pensiones a cargo de las EPS.

Flujo de recursos entre las EPS-S y las ESE o IPS

De acuerdo a la Ley 1122 de 2007 las EPS-S deben contratar un 60% del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutiva.

Según el Decreto 050 de 2003, en caso de que la EPS-S haya incurrido en mora superior a 7 días calendario respecto de las cuentas aceptadas, habiendo recibido oportunamente los recursos de las UPC-S de su población afiliada, la entidad territorial puede abstenerse de celebrar nuevos contratos de aseguramiento o de renovar los ya existentes en el siguiente período de contratación. Si la mora se presenta en dos períodos de pago dentro de la misma vigencia contractual y equivale como mínimo al 5% del pasivo corriente de la EPS-S, la entidad territorial dará por terminado el contrato de administración de recursos del régimen subsidiado e igual para el siguiente período de contratación.

Las EPS-S se deben abstener de realizar operaciones que deriven en una desviación de recursos de la seguridad social (celebración de un contrato en condiciones de pérdida para la EPS-S), pues ello deriva en liquidación de la entidad.

Recursos de la liquidación de los contratos del Régimen Subsidiado

El Artículo 54 de la Ley 812 de 2003 sobre “Aseguramiento universal” estableció que las entidades territoriales “deben destinar los recursos excedentes de la liquidación de los contratos de administración del régimen subsidiado de las vigencias anteriores y los rendimientos financieros, a la ampliación de cobertura al régimen subsidiado de su propia jurisdicción, garantizando la sostenibilidad de acuerdo con lo que defina el Gobierno Nacional, sin que lleve a cabo el reintegro de dichos recursos al FOSYGA”. En concordancia fue expedido el Decreto 3353 de 2003, para de paso garantizar la sostenibilidad en la aplicación de los recursos.

Están excluidos de la masa de liquidación los recursos que encontrándose en poder de la EPS-S

sean indispensables para pagar los tratamientos en curso, o aquellas prestaciones que se hagan exigibles durante el proceso de liquidación y los recursos no ejecutados destinados por el CNSSS a la prestación efectiva de servicios de salud a la población afiliada. Con estos recursos y los que giren las entidades territoriales por concepto de UPC pendientes de giro a la fecha del inicio del proceso de liquidación debe el liquidador proceder a cancelar a prorrata las deudas contraídas con los PSS.

Población pobre no asegurada

Las entidades territoriales deben garantizar el flujo mensual de caja de los recursos destinados a financiar la prestación de los servicios de salud a la población pobre no asegurada bajo las mismas reglas que las establecidas para los pagos de las EPS-S a las IPS.

d. Giro directo

El artículo 64 de la Ley 715 de 2001 sobre "Giro de los recursos" establece que la nación puede girar los recursos del régimen subsidiado directamente a las EPS-S o IPS cuando las entidades territoriales no cumplan con las obligaciones propias del ejercicio de sus competencias. Más adelante, en el artículo 111, numeral 4, concede precisas facultades extraordinarias al Presidente de la República por el término de seis meses, para que "expida normas que regulen los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación de los servicios de salud a la población del país". En consecuencia es promulgado el Decreto-ley 1281 de 2002, que en su artículo 64 trata del mecanismo de Giro directo. En este sentido, la Sentencia C-617 de 2002 de la Corte Constitucional condiciona la exequibilidad del artículo 64 a que se definan los requisitos para el procedimiento. Para tal fin se expide el decreto 050 de 2003 que es luego reformado por el decreto 3204 de 2004, que tiene como justificación principal hacer operativo este mecanismo.

El levantamiento de las medidas de giro directo debe efectuarse, mediante acto administrativo motivado previa verificación del pago de las obligaciones que le dieron lugar.

Luego, la Ley 1122 de 2007 en su artículo 13, establece que el Gobierno Nacional debe tomar las medidas necesarias para asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos del SGSSS, utilizando de ser necesario, el giro directo y la sanción a aquellos actores que no aceleren el flujo de los recursos. Los giros correspondientes al SGP para Salud se pueden efectuar directamente en los casos en que

alguno de los actores no giren oportunamente. Los mecanismos de sanción y giro oportuno de recursos también aplican a las EPS-C.

Giro directo de recursos del SGP y FOSYGA a las EPS-S

El Ministerio de la Protección Social, una vez agotado el procedimiento descrito en el decreto reglamentario y mediante acto administrativo motivado, determina las entidades territoriales respecto de las cuales se adoptará la medida de giro directo de los recursos del régimen Subsidiado (informando a la Entidad Territorial y a la Superintendencia Nacional de Salud), cuando la entidad territorial no le pague a la EPS-S las UPC-S que corresponden en de los veinte días siguientes a la fecha en la cual se vence el término, o a solicitud del alcalde o gobernador por razones de orden público o fuerza mayor. La medida de giro directo de los recursos procederá a solicitud de una o varias EPS-S, pero aplicará para todas las EPS-S que tengan contrato vigente con la respectiva entidad territorial. La interventoría continúa a cargo de la entidad territorial.

Giro excepcional de UPC-S y giro directo del ente territorial a las ESE o IPS cuando existan contratos por capitación

Cuando la EPS-S no realice el pago de las cuentas debidamente aceptadas dentro de los diez días calendario siguientes a la fecha establecida y siempre que el valor adeudado supere el 1% del valor del contrato, las entidades territoriales (si están al día con las EPS-S), a solicitud de las IPS o procediendo de oficio y una vez agotado el procedimiento descrito en el decreto reglamentario pueden, mediante acto administrativo motivado, girar directamente el valor correspondiente al porcentaje de la UPC-S cuando existan contratos por capitación entre la EPS-S y las IPS. La EPS-S continuará con todas sus obligaciones contractuales respecto de los afiliados incluidos en el contrato de régimen subsidiado.

Tanto en el Giro directo de recursos de SGP y FOSYGA a las EPS-S como en el Giro excepcional del ente territorial a las ESE, la medida de giro directo se mantendrá durante el período contractual y se prorrogará en los periodos contractuales siguientes hasta que se acredite el pago de las deudas.

e. Pago oportuno a los profesionales de la salud

Ley 1122 de 2007 “Cuando las IPS no paguen oportunamente a los profesionales que les prestan sus servicios, están obligadas a reconocer intereses de mora a la tasa legal vigente que rige para las obligaciones financieras”. La reglamentación está pendiente de expedirse.

CUARTA PARTE:
PLANES DE BENEFICIOS DEL SGSSS

9. REGÍMENES DEL SGSSS

9.1 Generalidades de los Regímenes del SGSSS

9.1.1 La vinculación de las personas al SGSSS

El artículo 157 de la Ley 100 de 1993 "tipos de participantes en el Sistema de Seguridad Social en Salud - SGSSS", establece que todo colombiano participa en el SGSSS, unos como afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como "participantes vinculados" (sic), así:

1. Los afiliados al régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago
2. Los afiliados al régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización
3. Los "participantes vinculados" (calificativo notablemente impropio para las personas no aseguradas en un régimen basado en el aseguramiento) son aquellas personas que "por

motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado" tienen derecho "a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado". Estos son enunciados luego, en la Ley 715 de 2001, con una florida serie de nombres que invitan a la confusión, de todos los cuales (población pobre en lo no cubierto por subsidio a la demanda, población pobre en lo cubierto por subsidio a la oferta, población pobre y vulnerable sin subsidio) se adopta en este libro el de "población pobre no asegurada", refiriéndose a las personas y familias con clasificación socioeconómica en los niveles I, II y III en la encuesta SISBEN que no están afiliados a los regímenes contributivo o subsidiado. Sin embargo hay que aclarar que persiste en el impropio uso proverbial de llamar a estas personas "vinculados".

Otras fuentes de derecho dan lugar a enunciar otros "tipos de participantes en el SGSSS":

4. El documento base de la Ley 1151 de 2007 "Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010" define la población en transición como aquella que no es lo suficientemente pobre como para ser beneficiario del régimen subsidiado pero que no tiene la suficiente capacidad de pago como para acceder al régimen contributivo. A ese grupo poblacional (personas por encima de nivel 3 de SISBEN, pero sin trabajo y sin capacidad de aportar como trabajador independiente), se le llamó en la academia por mucho tiempo, "población sándwich".
5. Los regímenes excepcionados, que abarcan los regímenes de excepción y los regímenes especiales. Los regímenes de excepción son establecidos por el artículo 279 de la misma Ley 100 de 1993 que establece que el Sistema de Seguridad Social Integral SSSI (pensiones, salud, riesgos profesionales) no se aplica a ciertas entidades (Fuerzas Militares, Policía Nacional, Magisterio y ECOPETROL). El régimen especial de las universidades públicas lo instaura luego el artículo 1º de la Ley 647 de 2001, "por la cual se modifica el inciso 3o. del artículo 57 de la Ley 30 de 1992".

Es así que en este libro se han destinado los dos primeros capítulos de la parte 4 a explicar los regímenes de beneficios del SGSSS. Cada habitante de Colombia debe pertenecer a uno de los cinco grupos aquí enunciados, según se ha de tratar en este capítulo, así:

9. Regímenes del SGSSS
    - 9.1. Generalidades de los Regímenes del SGSSS
    - 9.2. Régimen contributivo
    - 9.3. Régimen subsidiado

9.4. Regímenes excepcionados

9.5. Prestaciones en salud para la población no asegurada

Además de los beneficios ofrecidos a cada uno de estos grupos, en el SGSSS existen otros beneficios complementarios que ofrece el sistema, que hemos dado en llamar Beneficios universales y Beneficios para afiliados al SGSSS.

Cuadro No. 49. Beneficios complementarios a los regímenes del SGSSS

Beneficios universales	• Salud pública de intervenciones colectivas[90], hecha por la nación, los departamentos, los distritos y los municipios
	• Atención en Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito - ECAT[91]: En caso de accidente de tránsito a través del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT y la subcuenta ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, o a quienes son víctimas de eventos catastróficos, recibiendo la atención en salud a cargo de la subcuenta ECA
	• Servicios y medicamentos adicionales obtenidos mediante comités técnico-científicos y tutelas[92]

[90] Véase la sección 10.3.2 "Plan de Salud Territorial" (página 570)
[91] Véase el capítulo 5.2 "Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT" (página 276)
[92] Véase la sección 3.1.3 "El POS "plus": Comités técnico-científicos y tutelas" (página 161)

Beneficios para afiliados al SGSSS	Para afiliados y beneficiarios a los regímenes contributivo y subsidiado:	• Complementación de servicios por subsidio a la oferta[93]: Cuando los afiliados y beneficiarios a los regímenes contributivo y subsidiado requieren de servicios adicionales a los incluidos en el POS-C y el POS-S respectivamente y en caso de no tener capacidad de pago por pertenecer al nivel I, II y III de la encuesta SISBEN, pueden acudir a los prestadores de servicios de salud que tengan contrato con el Estado, que están en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta
	Para aportantes al régimen contributivo (solamente):	• Atención en salud con cargo a las Administradoras de Riesgos Profesionales – ARP[94]
		• Planes Adicionales de Salud[95] – PAS, de carácter voluntario para el afiliado

Además de los beneficios universales y de los que se brindan en cada uno de los regímenes del SGSSS y a la población no asegurada, existen otros beneficios en el marco del Sistema de Seguridad Social en Salud - SGSSS:

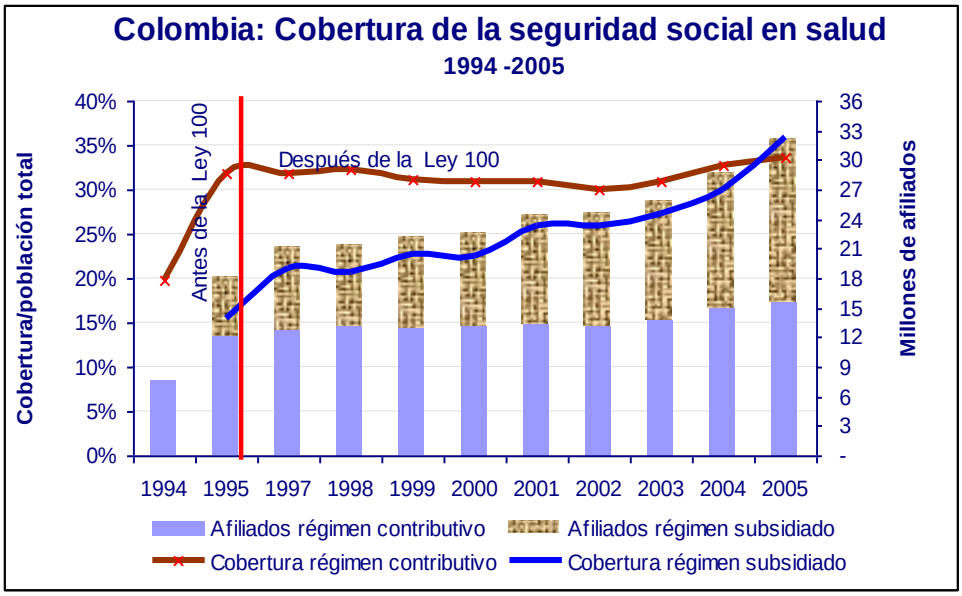
9.1.2 Aseguramiento en el SGSSS[96]

El artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 define aseguramiento en salud como "la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del

93 Véase el capítulo 9.5 "Prestaciones en salud para la población no asegurada" (página 522)
94 Véase el capítulo 2.4 "Sistema General de Riesgos Profesionales - SGRP en salud" (página 93)
95 Véase la sección 9.2.3 "Prestaciones en el régimen contributivo" (página 448)
96 Véase previamente la sección 1.1.3 "Características del modelo de aseguramiento" (página 10)

usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud". Y agrega: "Las Entidades Promotoras de Salud [EPS] en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento".

Gráfico No 49. Cobertura de aseguramiento en el SGSSS 2000-2005



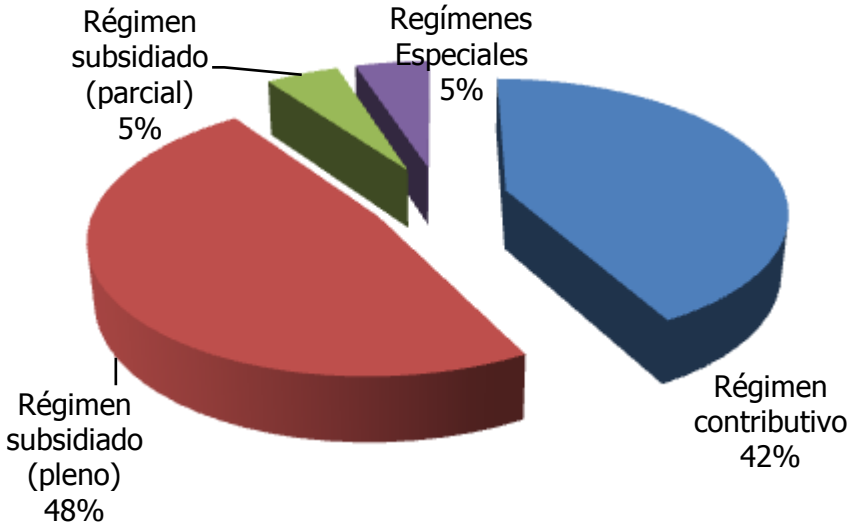
Fuente: Grupo de Estudios de la Salud, Universidad de Antioquia

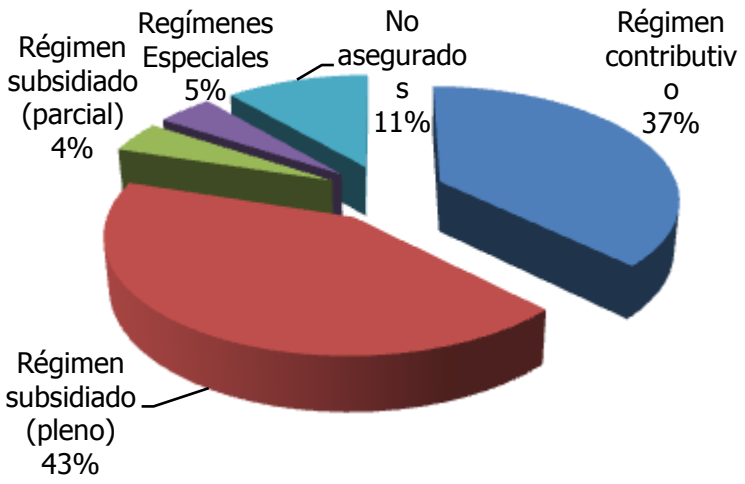
Cuadro No. 50. ***Distribución de la cobertura de aseguramiento en el SGSSS en 2006***

Régimen	Población	Porcentaje
Régimen contributivo	16.029.505	42,13%
Régimen subsidiado (pleno)	18.219.553	47,89%
Régimen subsidiado (parcial)	1.887.670	4,96%

Régimen	Población	Porcentaje
Regímenes Especiales	1.910.351	5,02%
Total cobertura aseguramiento	**38.047.079**	**88,71%**
No asegurados	4.841.513	11,29%
Población total (censo 2005)	42.888.592	

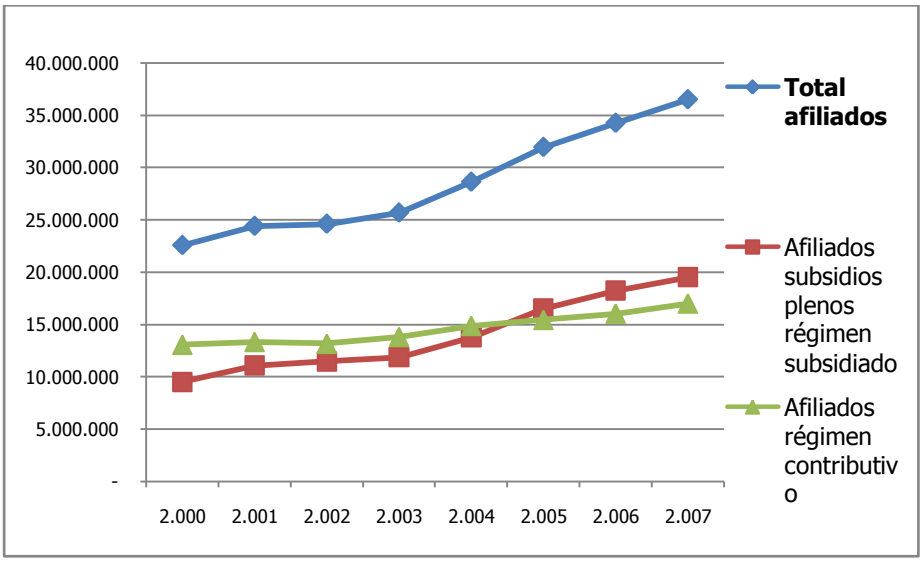
Gráfico No 50. Distribución de la cobertura de aseguramiento en el SGSSS en 2006





Fuente: Diseño propio con base en los informes del MPS y el CNSSS a las comisiones séptimas de senado y cámara y los resultados definitivos del CENSO del DANE

Gráfico No 51. Afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado. Colombia, 2000-2007



Fuente: Diseño propio basado en datos del grupo de Estudios de la Salud de la Universidad de Antioquia

El dilema de la cobertura: aseguramiento o acceso

Un índice de cobertura (entendido desde la seguridad social) puede entenderse de manera muy simplificada como la razón porcentual entre la población cobijada por el sistema de salud en un área geográfica sobre la población total de esta área. Ahora bien, para entender los indicadores de la cobertura en Colombia hay que tener en cuenta varios aspectos y el más importante de todos son los parámetros con que se va a calcular el numerador.

En el Sistema Nacional de salud (SNS) que rigió hasta la expedición de la Ley 100 de 1993, se calculaba la cobertura con base en las atenciones de primera vez por parte del sistema. Este era un Indicador de Cobertura de Prestación de Servicios. Este sistema (SNS), como el actual (SGSSS), tenía una combinación de subsidio a la oferta (prestación de servicios de salud por medio de la red pública hospitalaria) más aseguramiento (a través del ISS y las Cajas de Previsión), pero antes predominaba la oferta, a diferencia del sistema actual en que prevalece el aseguramiento. La suma de las ambos guarismos era considerada una medida de cobertura. La integralidad del plan de servicios era absolutamente heterogénea, incluso dentro de ambas modalidades de atención, pero la cobertura, atenida a esta interpretación, era esa.

En el modelo actual de cobertura el numerador se refiere a la población afiliada al sistema en ambos regímenes. Este es un indicador de cobertura de aseguramiento. Para el régimen contributivo se toman como base los afiliados que efectivamente compensó el FOSYGA, mientras que para el régimen subsidiado se suman los beneficiarios carnetizados en todo el país. La desviación más importante de este indicador de cobertura es que no se contempla la población atendida por el subsidio a la oferta. Los pacientes atendidos como “vinculados”, los accidentes con cargo al SOAT, las atenciones a cargo de las ARP o las urgencias atendidas sin registro, por ejemplo, no son tenidas en cuenta por un sistema de información nacional unificado.

La cobertura de aseguramiento en Colombia.

Basados en estos parámetros, no cabe duda, después de haber revisado intensivamente durante los últimos años al actual SGSSS, que la mayor conquista del modelo ha sido la ampliación de la cobertura de aseguramiento, que para los gobiernos recientes es fundamental como herramienta de acceso pues provee al usuario seguridad económica y jurídica. En 1992, justo antes de la aprobación de la Ley 100 de 1993, según un informe ampliamente divulgado por el entonces ex

ministro Juan Luis Londoño, la población protegida por el sistema de salud era un 24% del total, apenas por encima de países como Nicaragua o Haití, entre los latinoamericanos. Hoy la cobertura de aseguramiento está cerca del 90% y por fin se están planteando estrategias viables para alcanzar la meta postergada de la cobertura universal, que la Ley 100 de 1993 había puesto para 2001.

Pero también cabe preguntarse si el concepto de cobertura de aseguramiento en sí resulta tan básico. Los trabajos del Observatorio de la Seguridad Social del Grupo de Economía de la Salud – GES del Centro de Investigaciones Económicas – CIE de la facultad de Economía en la Universidad de Antioquia apuntan a que se mantiene la idea generalizada en estos años de reforma de que el seguro de salud es lo importante y se ha promovido la idea de que para aumentar la cobertura del aseguramiento es necesario reducir el gasto hospitalario. En cambio, si el interés de la política de salud recae sobre el acceso, esto es, el proceso mediante el cual la gente necesita servicios de salud y los recibe, quedando satisfecho y con mejor nivel de vida, entonces el seguro es solamente un medio para dicho fin y no siempre es efectivo para ello. La equidad en salud no puede ser sólo entendida en términos de distribución de cobertura en aseguramiento ya que existen barreras que no siempre son superadas por la simple entrega de un carné como la disponibilidad de infraestructura sanitaria, la ubicación geográfica, la capacidad económica de las personas y las condiciones culturales.

Más controversia aún resulta de analizar el impacto de los indicadores macroeconómicos sobre el sistema. Muestra el Observatorio que la dinámica de la cobertura es altamente dependiente del mercado de trabajo y de las políticas de ajuste fiscal, de manera que es muy difícil lograr la incorporación de más personas a la seguridad social si por una parte se mantiene la tendencia de una mayor informalidad de la población ocupada y se recortan los recursos para afiliar y atender a la población pobre no asegurada, y, por otra, no se realizan ajustes sobre el sistema para facilitar una mayor afiliación y contar con otros mecanismos que ayuden a garantizar la protección social en salud. Parecería haber una tendencia de resistencia de la afiliación al contributivo a los problemas de empleo, incluso con un crecimiento total de la afiliación a expensas del régimen subsidiado.

En el siguiente cuadro del GES - U. de A., se observan barreras de acceso que no están relacionadas directamente con el aseguramiento.

Cuadro No. 51. ***Accesibilidad a servicios de salud***

Colombia: Razones para no utilizar los servicios de salud 1997, 2003

Barreras al acceso	1997			2003		
	Régimen subsidiado	No afiliados	Régimen contributiv	Régimen subsidiado	No afiliados	Régimen contributiv
No uso de servicios (%)	**30.9**	**40.1**	**16.0**	**25.8**	**50.3**	**20.2**
I. Barreras de oferta						
a) A la entrada (cercanía)	7.5	5.0	3.5	4.9	3.2	4.9
b) Al interior	5.5	1.2	10.2	7.9	3.1	8.6
c) Continuidad	4.0	3.0	10.2	4.0	1.9	2.9
II. Barreras de demanda						
d) Predisposición	12.3	7.7	19.5	15.0	7.5	17.6
e) Dotación (falta de ingresos)	43.7	63.4	9.9	29.5	56.9	10.9
f) Necesidad percibida	26.8	19.6	45.4	38.8	27.3	55.0

La clasificación de las barreras se hace de acuerdo con Aday y Andersen (1974): a). El centro de atención queda lejos; b) No lo atendieron o muchos trámites para la cita; c) Ha consultado antes por ese problema y no se lo han resuelto; d) No tuvo tiempo. Fuente: Encuesta de Calidad en Vida, módulo salud, 1997 y 2003 (cálculos GES - CIE para 1997 y cálculos preliminares del Grupo de Economía de la Universidad del Rosario para 2003).

Fuente: Grupo de Estudios de la Salud U de A

9.1.3 Pagos compartidos

Los pagos compartidos son comunes a todos los regímenes y a la atención de la población pobre no asegurada.

En este texto se entienden como “pagos compartidos” a los que la Ley 100 de 1993 da la denominación de “pagos moderadores”, con la finalidad de emplear el lenguaje estándar del aseguramiento y de evitar confusiones con las “cuotas moderadoras”, que es sólo una de las modalidades, como se verá más adelante.

El artículo 187 de la Ley 100 de 1993 “de los pagos moderadores” establece que todos los afiliados y beneficiarios del SGSSS estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Se exceptúan los afiliados del Régimen Subsidiado clasificados en el nivel I del SISBEN de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007. El Acuerdo 365 de 2007 extiende estos beneficios a poblaciones especiales que se identifiquen mediante instrumentos diferentes al SISBEN

(listados censales u otros) siempre y cuando presenten condiciones de pobreza similares a las del nivel I del SISBEN: población infantil abandonada, indigentes, desplazados, indígenas, desmovilizados, personas de la tercera edad en protección, población rural migratoria, población ROM y el núcleo familiar de la población desmovilizada una vez identificado mediante la encuesta SISBEN.

Para los afiliados cotizantes, los pagos compartidos se aplicarán con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema. En el caso de los demás beneficiarios, se aplicarán también para complementar la financiación del Plan Obligatorio de Salud - POS.

Es deber del afiliado cotizante y de los beneficiarios cancelar los pagos compartidos pero en ningún caso éstos pueden convertirse en barreras de acceso para los más pobres. En tal sentido, la Corte Constitucional mediante sentencia C-542-98 de 1998 establece que esto se da "bajo el entendido de que si el usuario del servicio no dispone de los recursos económicos para cancelar las cuotas moderadoras o controvierte la validez de su exigencia, el Sistema y sus funcionarios no le pueden negar la prestación íntegra y adecuada de los servicios médicos, hospitalarios, quirúrgicos, asistenciales y de medicamentos que requiera, sin perjuicio de los cobros posteriores con arreglo a las normas vigentes".

Los recaudos por pagos compartidos son de las EPS, aunque el CNSSS puede destinar una parte a la subcuenta de Promoción de la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA. De acuerdo a la corte constitucional, estos recursos son parafiscales.

El Acuerdo 30 de 1994 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS, fue el que primero reglamentó los pagos compartidos y fue derogado expresamente por el acuerdo 260 de 2004. En este acuerdo marco se establecen las siguientes definiciones:

Principios básicos para la aplicación de pagos compartidos:

1. Equidad: No pueden convertirse en una barrera para el acceso
2. Información al usuario: Sobre existencia, monto y mecanismos de aplicación
3. Aplicación general: Sin discriminación alguna a todos los usuarios
4. No simultaneidad: No pueden aplicarse simultáneamente para un mismo servicio copagos y cuotas moderadoras

Cuadro No. 52. Características diferenciales de los pagos compartidos

	Cuota moderadora	Copago
Objeto	Regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso	Ayudar a financiar el sistema
Base de cálculo	[Valor fijo para cada servicio según tipo de usuario]	Una parte del valor del servicio demandado
Quién paga	• Afiliados cotizantes del régimen contributivo • Beneficiarios de ambos regímenes	• Beneficiarios de ambos regímenes
Sobre cuáles servicios SÍ se cobran	• Consulta externa: - Médica general y especializada (incluye medicina alternativa aceptada) - Odontología - Consulta paramédica • Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios • Exámenes de diagnóstico por: - Laboratorio clínico - Imaginología • Urgencias no vitales	• Tratamientos: - Médicos - Quirúrgicos - Odontológicos • Hospitalizaciones • Parto • Exámenes y procedimientos de apoyo diagnóstico (laboratorio e imaginología) de III y IV nivel • Complementos terapéuticos

<table>
<tr><th></th><th>Cuota moderadora</th><th>Copago</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Sobre cuáles servicios NO se cobran</td><td colspan="2">• Todos los procedimientos previstos en las normas técnicas, excepto la atención del parto en el régimen contributivo, se encuentran exentos de copagos y cuotas moderadoras Esquemas de prescripción regular (epilepsia, hipertensión, asma, diabetes)
• Procedimientos de diagnostico o de control y de complementación terapéutica, en particular si hacen parte de las normas técnicas mencionadas, cualquiera que sea su complejidad
• Enfermedades catastróficas o de alto costo</td></tr>
<tr><td>• En un año calendario esté exenta del cobro de cuota moderadora la primera consulta o servicio de los previstos, con excepción de la consulta externa médica</td><td>• Programas de control en atención materno infantil
• Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles
• Atención inicial de urgencias
<u>En el Régimen Subsidiado</u>:
• Control prenatal
• Atención del parto y sus complicaciones
• Atención del niño durante el primer año de vida</td></tr>
<tr><td>Prácticas no autorizadas</td><td colspan="2">• Excluir a ciertos grupos o empresas del cobro como práctica comercial, sin aplicar un criterio de igualdad frente a la totalidad de los afiliados
• Promover prácticas para devolver los pagos compartidos
• Cobrarlo en términos y condiciones diferentes a lo publicado conforme las autorizaciones legales</td></tr>
</table>

	Cuota moderadora	Copago
	Por ser este instrumento el que regula la utilización del servicio de salud y estimula su buen uso, se prohíbe además: • Convenios en que las EPS las asuman total o parcialmente • Cobrarla como instrumento para promover o mantener la afiliación • Realizar convenios mediante los cuales el empleador asume el pago	Los valores correspondientes a los copagos que sean fijados deben ser cobrados en forma obligatoria por parte de todas las EPS, sin que haya lugar a la modificación de dicho monto (Decreto 050 de 2003)

Sobre las cuotas moderadoras

- No se puede suprimir totalmente el cobro
- No puede exigirse el pago anticipado como condición para la atención en los servicios de urgencias.
- Si el usuario está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas no hay lugar al cobro
- Se pagan al momento de utilización de cada uno de los servicios
- En un año calendario esté exenta del cobro de cuota moderadora la primera consulta o servicio exceptuando la consulta externa médica
- Las EPS pueden definir el no pago de cuotas moderadoras en los casos de órdenes de ayudas diagnósticas o de fórmulas de medicamentos con dos o menos ítems
- La cuota moderadora se cobra por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta siempre que se cumpla:
    - Para medicamentos en tratamientos ambulatorios y para exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante, independientemente del número de ítems incluidos. El formato para la fórmula debe incluir como mínimo tres casillas.
    - Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando la utilización de éstos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud.

Criterios para definir las frecuencias de aplicación de los pagos compartidos:

- Antigüedad del afiliado
- Estándares de uso de servicios
- Sistema de información que permita conocer las frecuencias de uso por afiliado y por servicios

El decreto 4747 de 2007 establece que la responsabilidad del recaudo de los copagos y cuotas moderadoras es de las entidades responsables del pago de servicios de salud. En el caso en que se pacte en los acuerdos de voluntades el recaudo de los mismos por parte de los PSS, solamente pueden considerarse como parte del pago cuando exista un recaudo efectivo de su valor.

Monto de los pagos compartidos

Los pagos compartidos para los diferentes servicios son definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica. En el régimen contributivo, los pagos compartidos se aplican teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante (rango salarial, según el IBC del cotizante) y si existe más de un cotizante por núcleo familiar se aplica el menor ingreso declarado. En el régimen subsidiado se establece dependiendo del grado de vulnerabilidad del usuario, así:

Cuadro No. 53. Rangos salariales en el régimen contributivo 2009

Rango salarial	Rango salarial según IBC** del cotizante	
	En SMMLV*	En $ para 2009
1	Menos de 2 SMMLV	Menos de $993.800
2	Entre 2 y 5 SMMLV	Entre $993.801 y $2.484.500
3	Mayor a 5 SMMLV	Mayor a $22.484.500

* SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente 2009: $461.500

** IBC = Ingreso Base de Cotización

Cuadro No. 54. Cuotas moderadoras para los afiliados (cotizantes y beneficiarios) en el régimen contributivo 2009

Rango salarial	Valor cuota moderadora	
	% SMDLV*	En $ para 2009
1	11,7%	$2.000
2	46,1%	$7.700
3	121,5%	$20.200

* SMDLV: Salario Mínimo Diario Legal Vigente;
Se aproxima el valor de la cuota moderadora en cada rango a la centena superior

Cuadro No. 55. Copagos para los beneficiarios en el régimen contributivo 2009

Rango salarial	Copago % evento	Valor tope por evento**		Valor tope por año	
		% SMMLV*	$ en 2009	% SMMLV*	$ en 2009
1	11,5%	28,7%	$142.610	57,50%	$285.718
2	17,3%	115,0%	$571.435	230,00%	$1.142.870
3	23,0%	230,0%	$1.142.870	460,00%	$2.285.740

* SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente

** Evento: Manejo de una patología específica en el mismo año calendario

Cuadro No. 56. Copagos para los beneficiarios en el régimen subsidiado 2009

Grupo	Copago % evento	Valor tope por evento		Valor tope por año	
		% SMMLV	$ en 2009	% SMMLV	$ en 2009
• Indigentes • Población indígena • Nivel 1 SISBEN	0%	0%	$0	0%	$0
• Nivel 2 SISBEN	10%	50%	$248.500	100%	$496.900

* SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente

Servicios sujeto al cobro de Copagos en el régimen subsidiado total:

- Colecistectomia, Histerectomías, Cirugía de catarata, Cirugía de hernias, Apendicectomia, Corrección de Estrabismo.
- Cirugías y estancias de ortopedia según lo estipulado en el art. 68, 90 numeral 2 y 73 de la Resolución 5261.
- Rehabilitación, electromiografía, neuroconducción, terapias físicas, respiratorias, etc.

Servicios sujeto al pago de Copagos en el régimen subsidiado parcial (Acuerdo 306/2005):

- Cirugías y estancias de ortopedia según lo estipulado en el art. 68, art. 90 numeral 2 y las artroscopias diagnósticas y terapéuticas referidas en el art. 73 de la Resolución 5261 de 1994, incluida la rehabilitación física necesaria para estos casos.

Servicios exento de Copagos en el Régimen Subsidiado Total (Acuerdo 306/2005):

- Promoción y prevención, programas de atención materno infantil
- Enfermedades catastróficas o de alto costo; el control prenatal, la atención del parto y sus complicaciones, la atención del niño durante el primer año de vida.
- Atención inicial de urgencias
- La consulta Externa medica odontológica paramédica y de medicina alternativa aceptada, la consulta externa por médico especialista
- Formula de medicamentos ambulatorios
- Exámenes de diagnósticos por laboratorios clínico ordenados en forma ambulatoria
- La atención inicial de urgencias

9.2 Régimen contributivo

El capítulo I del título III de la Ley 100 de 1993 (artículos 202 a 210) trata acerca del régimen contributivo, que es definido como "un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al SGSSS, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador".

Son afiliados al régimen contributivo los cotizantes directos (aportantes), los beneficiarios directos por cobertura familiar y los beneficiarios adicionales o indirectos.

El régimen contributivo constituye un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional afiliándose a una Entidad Promotora de servicios de Salud del régimen contributivo EPS-C libremente elegida.

Son cotizantes obligatorios al régimen contributivo entonces "las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago": en estos últimos pueden incluirse los contratistas, trabajadores informales, personas con capacidad de pago, bienes o rentas y trabajadores dependientes con salario integral.

Los beneficios que obtienen los afiliados al régimen contributivo se expresan como Prestaciones Asistenciales y Prestaciones Económicas, como se verá más adelante.

La EPS-C entrega un Carné que acredita a la persona como cotizante y a cada uno de los beneficiarios a su cargo. En ausencia del Carné, se puede demostrar la afiliación con el formulario de afiliación, con la autoliquidación de aportes, o con el documento que pruebe que se encuentra al día en el pago de los aportes.

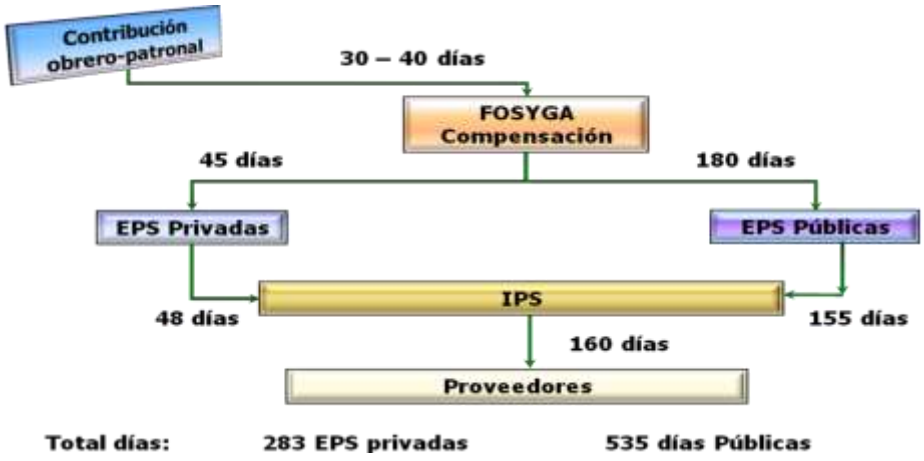
9.2.1 Entidades Obligadas a Compensar - EOC

Entidades Promotoras de Salud del régimen Contributivo EPS-C[97]

Las EPS-C recaudan las cotizaciones de los afiliados, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA. Del valor de las cotizaciones al Régimen Contributivo se deducen dos aportes solidarios para el SGSSS: 1,5 puntos porcentuales son trasladados a la subcuenta de Solidaridad del FOSYGA para contribuir a la financiación del régimen subsidiado y un valor variable de hasta un punto porcentual (actualmente 0,41 puntos porcentuales) es trasladado a la subcuenta de Promoción de la salud del FOSYGA para contribuir a la financiación de la salud pública. De la misma manera la EPS-C hace una provisión para incapacidades de 0,25 puntos porcentuales.

Una vez deducidos estos aportes solidarios y provisiones, la EPS-C descuenta el valor de las Unidades de Pago por Capitación del régimen Contributivo UPC-C fijadas para el Plan de Salud Obligatorio del régimen Contributivo POS-C y trasladan la diferencia a FOSYGA o, si la suma de las UPC-C es mayor que los ingresos por las cotizaciones, FOSYGA cancela la diferencia.

Gráfico No 52. Flujo de recursos en el régimen contributivo



Fuente: Estudio evasión Fedesarrollo, ACEMI, ASPROMED (2005)

[97] Véanse, para un cabal entendimiento del tema, el capítulo 5.1 "Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)" (páginas 255 y ss), en su parte introductoria más la sección 5.1.1 "Subcuenta de compensación" (páginas 258 y ss), y luego la sección 5.3.1 "Entidades Promotoras de Salud EPS" (páginas 283 y ss)

Otros cobros que hace EPS-C a FOSYGA directamente con diferentes plazos son las licencias de maternidad y paternidad y los recobros por fallos de tutela y comités técnico científicos[98].

Otras Entidades Obligadas a Compensar - EOC[99]

9.2.2 Afiliados al régimen contributivo

Libre elección por parte del usuario en el régimen contributivo

El cotizante tiene derecho a escoger la EPS-C y no se puede imponer o condicionar esta elección. Así mismo, el cotizante puede cambiarse de una EPS-C a otra, siempre y cuando haya cumplido al menos dos años (24 meses) de la afiliación a la EPS-C.

Los empleadores que atenten contra el derecho del trabajador a escoger libre y voluntariamente la EPS-C a la cual desee afiliarse o los que se retrasen en el pago de los aportes son sujeto de sanciones económicas.

Las Administradoras de Fondos de Pensiones - AFP están obligados a afiliar a los pensionados con su grupo familiar dado el caso, y son responsables de pagar directamente el valor de la cotización mensual a las EPS-C que los pensionados escojan.

Ahora bien, si el empleado al entrar a trabajar o el pensionado al inicio del goce de su pensión, no escoge una EPS-C, el empleador o el Fondo de pensiones, según el caso, pueden disponer unilateralmente a cuál afiliarlo y si el afiliado cotizante no cambia la decisión dentro de los primeros tres meses, sólo puede hacerlo pasados los 24 meses de rigor.

Además de la decisión de escoger EPS, el derecho a la libre elección se extiende a que el afiliado a una EPS-C tiene derecho a escoger, de entre la red prestadora que ésta tenga contratada, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS que requiera para el primer nivel de complejidad. Para los casos de urgencias el usuario puede acudir a cualquier IPS aunque no haga

[98] Véase a este respecto la sección 3.1.3 “El POS “plus”: Comités técnico-científicos y tutelas” (página 161)
[99] Véase la sección 2995.3.3 “Otras EAPB: EAS y EMP” (página 299)

parte de la red de la EPS-C y ésta debe atenderlo hasta estabilizar los signos vitales y salir de la condición de urgencias, como mínimo[100].

Cobertura familiar

El Plan de Salud Obligatorio de Salud tiene cobertura familiar para los beneficiarios con dependencia económica, o sea, cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su subsistencia.

La persona que aporta al régimen contributivo se llama afiliado cotizante. Los miembros de la familia afiliados por el cotizante se llaman beneficiarios.

Los beneficiarios del cotizante dentro de la cotización obligatoria pueden ser (i) la pareja estable más los hijos de cualquiera de los cónyuges, o (ii) los padres. Ello de acuerdo a las siguientes directrices:

La pareja estable	• Cónyuge del afiliado • Compañero permanente del afiliado cuya unión sea superior a 2 años[101]
✚	
Los hijos de cualquiera de los cónyuges[102]	• Hijos menores de 18 años que hagan parte del núcleo familiar y que sean económicamente dependientes • Hijos mayores de 18 y menores de 25 años que sean estudiantes en educación formal con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado • Hijos con incapacidad permanente producida por alteraciones orgánicas o funcionales incurables que le impidan la capacidad de trabajo, sin importar la edad

[100] Véase el capítulo 3.3 “Atención de urgencias” (página 178)

[101] Las parejas del mismo sexo tienen el mismo derecho a afiliar a su compañero permanente al SSSI según sentencia de la Corte Constitucional C-075 de 2007

[102] Los hijos adoptivos de cualquiera de los cónyuges o de ambos tendrán el mismo derecho a ser incluidos en la cobertura familiar, desde el momento mismo de su entrega a los padres adoptantes por parte del ICBF, o de alguna de las Casas de Adopción reconocidas

Los padres:	A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente e hijos con derecho, la cobertura familiar puede extenderse a los padres del afiliado no pensionados, siempre que acreditación de que dependan económicamente de éste

Cotizante dependiente

Cuando un cotizante desee afiliar a otras personas diferentes a los beneficiarios con dependencia económica se exige en primer lugar, que dependan económicamente de él; además deben ser menores de 12 años si no son consanguíneos o tener un parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad si lo son.

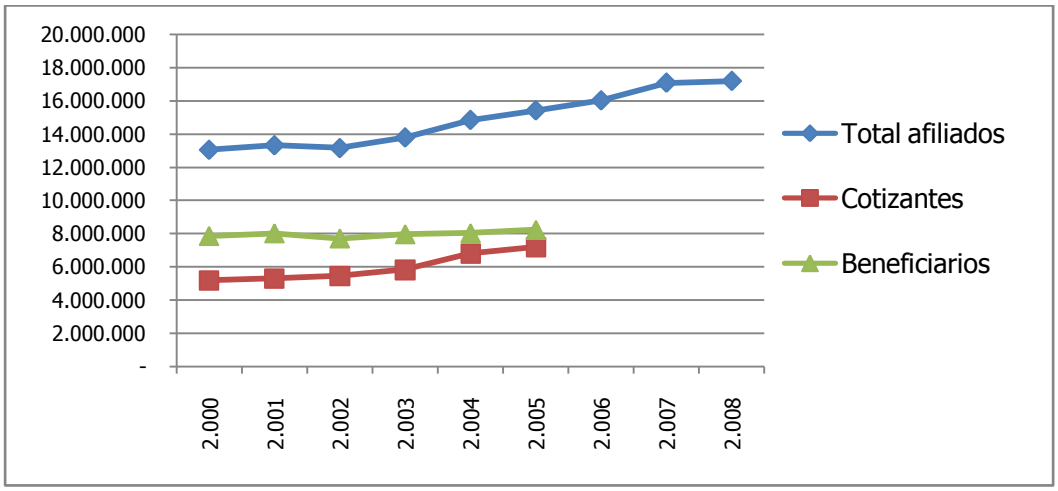
Se consideran parientes hasta el Tercer Grado de Consanguinidad:

- Padres de padre soltero o madre soltera cotizante, cuando existan beneficiarios directos del cotizante
- Hijos mayores de 18 y menores de 25 años que no estudien o mayores de 25 años que estudien
- Padres del cotizante casado o en unión libre con beneficiarios directos, esposa o compañera permanente y/o hijos
- Además: hermanos, sobrinos, hijo de sobrino, abuelos, bisabuelos, nietos del cotizante, biznietos, tíos y primos.

Este tipo de afiliado se denomina cotizante dependiente y tiene derecho a los mismos servicios que los beneficiarios. Si las personas cumplen estos requisitos pueden ser incluidos en el grupo familiar, pagando a la EPS-C un aporte adicional por cada una de ellas de acuerdo a la UPC-C, cuyo valor varía según la edad, el sexo y el lugar de residencia de las mismas.[103]

Gráfico No 53. Afiliados al régimen contributivo. Colombia 2000-2008

[103] Ver en el capítulo 3.2 Unidad de Pago por Capitación UPC, el Cuadro No. 23 con los valores diferenciales de este aporte (página 176)



Fuente: Diseño propio *basado en datos del grupo de Estudios de la Salud de la Universidad de Antioquia*

Nota metodológica: Para los años 2000 a 2003 la información proviene del reporte de EPS a través del Proceso de Compensación - Consorcio Fisalud – FOSYGA tomada de promedios mensuales de acuerdo con el ciclo de compensación. Para 2004 se refiere al dato a 31 de diciembre. Para el 2005, se cambia la metodología, utilizando la base de datos BDUA. Éstos son afiliados activos (con afiliación vigente y al día en sus aportes) y suspendidos.

9.2.3 Prestaciones en el régimen contributivo

Prestaciones asistenciales del régimen contributivo[104]

Los servicios de salud incluidos en el POS-C comprenden: Protección integral para la salud en caso de enfermedad general o maternidad, incluyendo promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las enfermedades. En general, estos servicios consisten en: programas de prevención de enfermedades; urgencias; consulta médica general y especializada; consulta y tratamientos odontológicos (excepto ortodoncia, periodoncia y prostodoncia); exámenes de laboratorio y rayos X; hospitalización y cirugía en los

[104] Véase antes la sección 3.1.1 “Contenidos del POS” (página 146)

casos en que se requiera; consulta médica en psicología, optometría y terapias; medicamentos esenciales en su denominación genérica (cerca de 600 medicamentos); atención integral durante la maternidad, el parto y al recién nacido.

Prestaciones económicas del régimen contributivo

Los cotizantes del régimen contributivo reciben las siguientes prestaciones económicas, de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 167, 206 y 207 de la Ley 100 de 1993, el Decreto 806 de 1998 y los Decretos 1486 de 1999 y 047 de 2000 modificados por Decreto 783 de 2000:

- Subsidio por incapacidad temporal por enfermedad general o accidente, de origen no profesional
- Subsidio por licencia de maternidad

Las prestaciones económicas del régimen contributivo están limitadas a los afiliados trabajadores, del sector público o privado y están establecidas como rentas sustitutivas a los pagos laborales o ingresos normales durante las licencias o incapacidades. Por ende están excluidos de prestaciones económicas los pensionados y jubilados y los beneficiarios.

Incapacidad temporal por enfermedad general	Para el cubrimiento de la incapacidad temporal por enfermedad general las EPS-C pueden subcontratar con compañías aseguradoras. Las incapacidades originadas en Enfermedad Profesional y Accidente de Trabajo - ATEP, a su vez, serán reconocidas por las EPS-C y se financiarán con cargo a los recursos de la respectiva ARP del SGRP de cada trabajador. El caso es que si, por razón de enfermedad o por causa de un accidente no relacionado con su trabajo, el afiliado debe soportar una incapacidad temporal, tiene derecho a recibir, durante ese tiempo, un subsidio en dinero equivalente al 66.6% del IBC a la EPS-C. En el caso del empleado, estas prestaciones reemplazan su salario. Para acceder a las prestaciones económicas generadas como incapacidad por enfermedad general, el afiliado debe haber cotizado, al menos, cuatro semanas en forma ininterrumpida y completa. No habrá lugar a reconocimiento de prestaciones económicas por concepto de incapacidad por enfermedad general

	cuando éstas se originen en tratamientos con fines estéticos o sus complicaciones, expresamente excluidos de los beneficios del SGSSS.
Licencia por maternidad y paternidad	Para las afiliadas, el régimen contributivo reconoce la licencia por maternidad a cargo de FOSYGA subcuenta de compensación como una transferencia diferente de las UPC-C. Durante doce semanas u 84 días calendario de la licencia de maternidad, la afiliada percibe de la EPS-S un subsidio en dinero equivalente al 100% del IBC. En el caso de la cotizante empleada, este tiempo no lo paga directamente el empleador, pero si él lo hace, puede recobrar el valor a la EPS-C. Para acceder a las prestaciones económicas derivadas de la licencia de maternidad la afiliada debe cotizar ininterrumpidamente al sistema durante todo su período de gestación en curso. Cuando exista relación laboral y se cotice un período inferior al de la gestación en curso es deber del empleador cancelar la correspondiente licencia. La proverbialmente llamada "Ley María", contemplada en el artículo 34 de la Ley 50 de 1990 y modificada por Ley 755 del 2002 es una licencia remunerada que se le concede al padre trabajador al nacimiento de un hijo, para lo cual debe cumplir los siguientes requisitos: 1. Si ambos padres están cotizando a la seguridad social, se le concederá 8 días de licencia remunerada. 2. Si es sólo el padre quien se encuentra cotizando a la seguridad social la licencia se concederá por cuatro días. 3. La licencia remunerada de paternidad sólo opera para los hijos nacidos de la cónyuge o compañera permanente (con dos años de convivencia) 4. El padre debe haber cotizado 100 semanas previas al reconocimiento de la licencia remunerada de paternidad. La madre gozará de las doce semanas de licencia de maternidad, lo que significa que no opera la cesión de una semana como operaba anteriormente.

Excepcionalidades de las prestaciones

Pensionados	Los pensionados pagan mensualmente la totalidad del aporte de su mesada pensional y en ningún caso la base de cotización puede ser inferior a 1 SMMLV. Si el pensionado ingresa nuevamente a la fuerza productiva del país debe reportar la novedad a la EPS-C y hacer los aportes que le corresponden como empleado o trabajador independiente, según sea el caso, sin dejar de hacer aquellos propios de su condición de pensionado. En tales casos, tendrá derecho a los beneficios de todo trabajador independiente o empleado, incluido el pago de prestaciones económicas, sobre el monto como trabajador. El cambio de empleado activo o trabajador independiente que cotiza a los Fondos de Pensiones hacia la condición de pensionado, no genera una nueva afiliación al SGSSS y por tanto se continúan recibiendo los beneficios del POS-C que tenía en su anterior condición, a excepción de las prestaciones económicas. Si el afiliado se ha desvinculado del sistema por menos de seis meses, antes de que le sea otorgada la pensión, no se aplicarán los períodos mínimos de cotización.
Pérdida de empleo	El empleador debe reportar la novedad a la EPS-C o de lo contrario será responsable del pago de las cotizaciones hasta tanto reporte la novedad. El afiliado y su núcleo familiar tienen derecho a las prestaciones asistenciales del POS-C hasta por 4 semanas más después de la fecha de la desafiliación, siempre y cuando hayan estado afiliados al sistema como mínimo los doce meses anteriores. Cuando el usuario lleve cinco años o más de afiliación continua a una misma EPS-C, tendrá derecho a un período de protección de tres meses, contados a partir de la fecha de su desafiliación. Durante estos periodos, al afiliado y su familia sólo les serán atendidas aquellas enfermedades que venían en tratamiento, o las derivadas de una urgencia. En todo caso la atención sólo se prolongará hasta la finalización del respectivo periodo de protección. Las atenciones adicionales o aquellas que superen el periodo descrito, correrán por cuenta del usuario. Si el empleado cotizante cambia de un empleo a otro o vuelve a emplearse nuevamente tras un tiempo, su nuevo empleador debe reportar el ingreso a la EPS-C a la que el empleado se encontraba afiliado y empezar a pagar la cotización. Si comienza a trabajar por su cuenta debe cotizar sobre sus nuevos

	ingresos como trabajador independiente.

Planes Adicionales de Salud - PAS

La expresión Plan Adicional de Salud - PAS, es definida por el decreto 806 de 1998 como un conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria, bajo la exclusiva responsabilidad de particulares, como un servicio privado de interés público. Dentro del SGSSS se reconocen los siguientes PAS, podría decirse que en orden ascendente de poder adquisitivo del usuario:

- Planes de Atención Complementaria en salud - PAC, establecidas según el artículo 169 de la Ley 100 de 1993 bajo el régimen de libertad vigilada
- Planes de medicina prepagada, incorporadas al SGSSS como Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB en el decreto 1011 de 2006
- Pólizas de salud privadas, reguladas por el sector asegurador, que usualmente ofrecen beneficios muy amplios tanto en Colombia y como en el exterior, con tarifas altas

El usuario de un PAS puede elegir libre y espontáneamente si utiliza el POS-C o el PAS en el momento de ser atendido y las entidades no pueden condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan.

Los contratos de PAS sólo pueden celebrarse o renovarse con personas que se encuentren afiliadas al régimen contributivo o algún régimen excepcionado, lo cual debe ser verificado por el oferente del PAS, so pena de responder por la atención integral en salud que sea demandada con el objeto de proteger el derecho a la vida y a la salud de los beneficiarios.

Las entidades que ofrezcan PAS deben mantener su política de descuentos del contrato inicial.

Para efectos de tomar un PAS la entidad oferente puede practicar un examen de ingreso para excluir algunas patologías (preexistencias), que no pueden ser adicionadas después de la fecha de celebración del contrato inicial.

Las entidades que ofrezcan PAS deben remitir 30 días antes de poner el plan en el mercado a la Superintendencia Nacional de Salud nombre y contenido del plan, descripción de los riesgos amparados y sus limitaciones, costo y forma de pago del plan, descripción de los pagos compartidos (franquicias) y la copia del formato de contrato que se utilizará.

9.2.4 Los aportes en el régimen contributivo

La cotización obligatoria

Es obligatoria la afiliación como cotizantes de todas las personas nacionales o extranjeras residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo que se rija por las normas colombianas; los servidores públicos; los cónyuges o compañeros(as) permanentes de las personas afiliadas a los regímenes excepcionados del SGSSS[105], que reúnan alguna de las características anteriores; los pensionados o quienes gocen de la pensión de sustitución; los trabajadores independientes con capacidad de pago; y los rentistas de capital.

El valor de la cotización mensual obligatoria de cada afiliado, que no puede ser inferior al salario mínimo, es de 12,5% del ingreso base de cotización - IBC mensual de acuerdo a lo prescrito por la Ley 1122 de 2007: 8,5% a cargo del empleador y 4% a cargo del empleado.

Este ingreso base de cotización - IBC es el mismo para todo el Sistema de Seguridad Social Integral - SSSI (incluyendo los sistemas generales de pensiones y de riesgos profesionales) y se calcula así para los trabajadores:

- Para los trabajadores del sector privado vinculados mediante contrato de trabajo la cotización se calcula con base en el salario mensual que devenguen. Para estos efectos, constituye salario no sólo la remuneración ordinaria, fija o variable, sino todo lo que recibe el trabajador en dinero o en especie como contraprestación directa del servicio, cualquiera sea la forma o denominación que se adopte y aquellos pagos respecto de los cuales empleadores y trabajadores hayan convenido expresamente que constituyen salario. No se incluye en esta base de cotización lo correspondiente a subsidio de transporte
- Para los servidores públicos la cotización se calcula con base en lo dispuesto en el artículo 6º del decreto 691 de 1994 modificado por el artículo 1º del Decreto 1158 de 1994: El salario mensual base para calcular las cotizaciones estará constituido por los siguientes factores: asignación básica mensual; gastos de representación; primas técnica, de antigüedad, ascensional y de capacitación cuando sean factor de salario; remuneración por trabajo dominical

[105] Véase el capítulo 9.4 “Regímenes excepcionados” (página 498)

o festivo, por trabajo suplementario o de horas extras, o realizado en jornada nocturna; bonificación por servicios prestados

- Para los trabajadores con salario integral (que debe ser de un mínimo de 10 Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes SMMLV) las cotizaciones se liquidan sobre 70% de su ingreso y corre por cuenta del empleador y el trabajador en igual proporción
- Si el empleado es a la vez trabajador independiente y por dicha ocupación obtiene ingresos mensuales superiores a un salario mínimo, debe comunicarlo a la EPS-C y hacer los aportes que le corresponden sin dejar de hacer aquellos propios de su condición de empleado. Los aportes que en calidad de independiente deba hacer, puede realizarlos a través de su empleador otorgando a éste autorización expresa en el formulario de afiliación para que efectúe los descuentos y pagos correspondientes. El no pago de la totalidad del aporte ocasionará la suspensión de los servicios de salud por parte de la EPS-C
- Cuando se devenguen mensualmente más de 20 SMMLV, la base de cotización puede ser limitada a dicho monto

Los miembros de las Comunidades Indígenas con capacidad de pago, trabajadores dependientes o independientes y pensionados, están obligados a afiliarse al régimen contributivo como cotizantes.

Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA

La Planilla Integrada de Liquidación de Aportes PILA es el mecanismo electrónico de liquidación y pago unificado de aportes al Sistema General de Seguridad Social y aportes parafiscales que permite realizar el pago integrado a través de transferencias electrónicas de fondos, en formato electrónico reglamentado por el Ministerio de la Protección Social. El Decreto 1465 de 2005 reglamentó la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, que permite a los aportantes autoliquidar y pagar todos sus aportes al Sistema de la Protección Social de manera unificada a través de internet. Los Decretos 1931 de 2.006 y 1670 de 2007 implementan el pago de aportes a través de la Planilla Integrada de forma obligatoria para todos los aportantes de acuerdo al número de empleados.

Se denomina Operador de Información a las entidades autorizadas por el Ministerio de la Protección Social a través de las cuales las empresas aportantes y los trabajadores independientes pueden realizar el pago de aportes utilizando la PILA. En la actualidad están autorizados: SOI, ASOCAJAS, Banco Agrario, Megabanco, Enlace Operativo, Compensar y Simple S.A.

A través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes se hacen los pagos a las siguientes entidades: EPS-C (Entidades Promotoras de Salud del régimen Contributivo), las AFP (Administradoras de Fondos de Pensiones), las ARP (Administradoras de Riesgos Profesionales), Las CCF (Cajas de Compensación Familiar), el SENA (Servicio Nacional de Aprendizaje), el ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar), ESAP (Escuela de Administración Pública) y los Institutos Técnicos Especializados. El pago de aportes para estas dos últimas entidades sólo es obligatorio para los empleadores del sector público detallados en el artículo 11 de la Ley 21 de 1982.

Tanto el Sistema General de Seguridad Social en Pensiones (SGSSP) como el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) exigen que el monto mínimo de la cotización corresponda a un SMMLV.

El pago se debe hacer por medio electrónico desde el sitio en Internet del Operador de Información y es debitado de la cuenta bancaria autorizada por el aportante.

Gráfico No 54. Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA)

Fuente: Imagen tomada de: Comfama (página Web)

Planilla asistida

El Decreto 1931 de 2006 establece el mecanismo de liquidación asistida para que el aportante independiente o pequeño empleador (menos de 30 empleados) que no cuentan con la capacidad de efectuar un pago integrado de los aportes por carecer de capacidad tecnológica o capacitación para acceder a Internet, puedan hacer el pago unificado de los aportes al Sistema de la Protección Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes Asistida en forma telefónica. El empleador y los cotizantes independientes pueden comunicarse telefónicamente con cualquiera de los operadores de información y solicitar la liquidación de sus aportes. La llamada debe realizarse todos los meses y es monitoreada y grabada por el operador como soporte de la información suministrada por el aportante. De acuerdo a esta información, el operador registra los datos, liquida los aportes, asigna un número de planilla y entrega un código al aportante, con el cual debe realizar el pago en la entidad financiera de su preferencia. Sin este código la entidad financiera no recibe pago alguno. El pago debe realizarse al día siguiente de la liquidación y en un plazo máximo de 5 días, luego de lo cual vence el código que le fue asignado. El pago puede realizarse en cualquier forma que la entidad financiera autorice. La entidad financiera no recibe pagos parciales de las planillas que fueron liquidadas por el operador. El aportante puede acceder físicamente al soporte de la liquidación, entrando a la página web del operador e ingresando el número de planilla.

Afiliación Única Electrónica

Establecida por el Decreto 2060 de 2008, está a cargo del empleador (persona natural) a través del Formulario Único de Afiliación Electrónica de la PILA, para vincular a los trabajadores a las coberturas sociales de salud en el régimen subsidiado, mediante el pago de una contribución de solidaridad para salud, a un ahorro programado de largo plazo, a través del aporte social complementario y al sistema general de riesgos profesionales, a través del pago de la cotización a la que se refiere el artículo 16 del Decreto Ley 1295 de 1994. Esto debido a que existen trabajadores que de manera habitual laboran por periodos inferiores a un mes y no pueden por ello afiliarse al SSSI. La Ley 1151 de 2007 estableció la afiliación de estos trabajadores al Régimen Subsidiado y, a través de sus empleadores, a un esquema de ahorro programado de largo plazo que administrarán las Sociedades Administradoras de Fondos de Cesantías.

9.2.5 Excepcionalidades de la cotización

Afiliación al SGSSS de trabajadores independientes e informales

El artículo 157 de la Ley 100 de 1993 sobre "Tipos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud" establece en sus parágrafos que "La afiliación [al SGSSS] puede ser individual o colectiva, a través de las empresas, las agremiaciones, o por asentamientos geográficos, de acuerdo a la reglamentación que para el efecto se expida. El carácter colectivo de la afiliación es voluntario, por lo cual el afiliado no perderá el derecho a elegir o trasladarse libremente entre Entidades Promotoras de Salud. (…) Pueden establecerse alianzas o asociaciones de usuarios, las cuales son promovidas y reglamentadas por el Gobierno Nacional con el fin de fortalecer la capacidad negociadora, la protección de los derechos y la participación comunitaria de los afiliados al SGSSS. Estas agrupaciones de usuarios pueden tener como referencia empresas, sociedades mutuales, ramas de actividad social y económica, sindicatos, ordenamientos territoriales u otros tipos de asociación, y pueden cobrar una cuota de afiliación".

A su vez, la Ley 1122 de 2007 en su artículo 18 sobre "Aseguramiento de los independientes contratistas de prestación de servicios" establece que éstos "cotizarán al SGSSS el porcentaje obligatorio para salud sobre una base de la cotización máxima de un 40% del valor mensualizado del contrato. El contratista puede autorizar a la entidad contratante el descuento y pago de la cotización sin que ello genere relación laboral. (…) Cuando el contratista pueda probar que ya está cotizando sobre el tope máximo de cotización, no le es aplicable lo dispuesto en el presente artículo.".

Y agrega: "Para los demás contratos y tipos de ingresos el Gobierno Nacional reglamentará un sistema de presunción de ingresos con base en la información sobre las actividades económicas, la región de operación, la estabilidad y estacionalidad del ingreso".

Para el SSSI se define trabajador independiente e informal como aquel que no se encuentra vinculado laboralmente a un empleador, mediante contrato de trabajo o a través de una relación legal.

El monto de la cotización cancelada por los trabajadores independientes e informales es del 12.5% del IBC y se cancela inmediatamente a su afiliación. El IBC de Pensiones no puede ser diferente al de Salud.

Los trabajadores independientes e informales deben presentar una declaración anual en el cual informe a la EPS, de manera anticipada, el ingreso base de cotización (nunca inferior a un salario mínimo) que se tendrá en cuenta para liquidar sus aportes a partir del mes de febrero de cada año. Además, en caso que sus ingresos aumenten por trabajos extras, puede aumentar su IBC para pagar sus aportes.

Cuando al final de la anualidad no se presente la declaración de ingresos base de cotización, se presumirá un incremento porcentual igual al reajuste del salario mínimo legal vigente el año inmediatamente anterior.

En caso del que el trabajador aumente su IBC en más de un 40%, el incremento no es tomado en cuenta para liquidar una maternidad o incapacidad próxima. Las personas que se afilien al SSSI argumentando relaciones laborales inexistentes o con fundamentos en ingresos no justificados, pierden el derecho a las prestaciones económicas durante dicho periodo.

Mediante el Decreto 3085 de 2007 se abre la posibilidad para que un trabajador independiente, sin capacidad de pago, pueda pagar solo a salud y no a pensiones a través de la Planilla Integral de Liquidación de Aportes - PILA. La norma determina que a través de las Empresas Promotoras de Salud - EPS se debe realizar un registro de estas personas sin capacidad de pago. Esta información es cruzada ante entidades públicas y privadas por el Gobierno Nacional. En caso de detectarse fraude procede a iniciar las acciones ante la autoridad.

Afiliación colectiva de trabajadores independientes e informales al SSSI

De acuerdo a los prescrito en el decreto 3615 de 2005, modificado por decreto 2313 de 2006, los trabajadores independientes pueden afiliarse colectivamente, a través de agremiaciones y asociaciones, al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales.

Se parte de las siguientes definiciones:

Agremiación: Persona jurídica de derecho privado sin ánimo de lucro, que agrupa personas naturales con la misma profesión u oficio o que desarrollan una misma actividad económica siempre que estas tengan la calidad de trabajadores independientes.

Asociación: Persona jurídica de derecho privado sin ánimo de lucro, que agrupa de manera voluntaria a personas naturales con una finalidad común, siempre que estas tengan la calidad de trabajadores independientes.

Trabajador Independiente: Persona natural que realiza una actividad económica o presta sus servicios de manera personal y por su cuenta y riesgo.

> *El resto de la información de este apartado es extractada literalmente de la página web del ministerio de la protección social (marzo de 2008)*

A continuación se presenta el trámite de solicitud de autorización para la afiliación colectiva de trabajadores independientes a través de agremiaciones y asociaciones.

Los Decretos 3615 del 10 de octubre del 2005 y 2313 del 12 de julio del 2006, son las normas que regulan el proceso por el cual las asociaciones y agremiaciones interesadas solicitan autorización para la afiliación colectiva de sus miembros independientes al Sistema General de Seguridad Social Integral. Los requisitos a cumplir están expresos en la norma y los relacionamos así:

1. Solicitud del representante legal, la cual deberá precisar a qué Subsistema de Seguridad Social se afiliarán de manera colectiva sus trabajadores independientes miembros. (Artículo 3° del Decreto 2313 del 2006).
2. Estar legalmente constituida.
3. Copia del documento de reconocimiento de la personería jurídica en la que conste que es una entidad de derecho privado sin ánimo de lucro, constituida legalmente como mínimo con un año de antelación, contado a partir de la fecha de presentación de la solicitud de autorización prevista en el artículo anterior y que durante ese año ha desarrollado el mismo objeto social. (Numeral 7.1 del artículo 7° del Decreto 3615 del 2005 modificado por el artículo 3° del Decreto 2313 del 2006).
4. Características de la entidad; como asociación o como agremiación según lo definido en el artículo 2° del Decreto 3615 del 2005.
5. Copia de los estatutos de la entidad. (Numeral 7.4 del artículo 7° del Decreto 3615 del 2005 modificado por el artículo 3° del Decreto 2313 del 2006).

   Establecer dentro de sus Estatutos, como uno de sus objetivos, el servicio de afiliación colectiva al Sistema de Seguridad Social Integral. (Numeral 7.7 artículo 3° del Decreto 2313 del 2006, exceptuadas las congregaciones religiosas, Parágrafo 1° del artículo 6° del Decreto 2313 del 2006).
6. Reglamento interno de la agremiación con los siguientes puntos; (Numeral 7.5 del artículo 7° del Decreto 3615 del 2005 modificado por el artículo 3° del Decreto 2313 del 2006).

a) Procedimiento expreso por el cual el afiliado independiente informe respecto de su afiliación al SSSI a la asociación para efectos del ajuste permanente de la reserva o fondo de garantía y para asumir los valores que correspondan en virtud de la garantía individual de sus afiliados.

b) Definir claramente los deberes así como los derechos de la agremiación frente a los afiliados y de estos ante la agremiación y de los dos frente a las Administradoras y al SSSI

c) Procedimiento para expedir los certificados que requiere el afiliado o asociado para afiliarse al SSSI (libre elección de EPS y AFP) en los términos de la normatividad vigente.

d) Fomentar la afiliación y asesorar a sus afiliados y beneficiarios para garantizar la efectividad de sus derechos, de la afiliación y del pago de las prestaciones económicas.

e) En el evento que los afiliados entren en mora en el pago de aportes, las agremiaciones o asociaciones deberán pagar las cotizaciones con cargo a la reserva especial de garantía mínima. Si se agotara dicha reserva, el Ministerio de la Protección Social cancelará la autorización a la agremiación o asociación.

f) Pagar con recursos de la reserva especial de garantía mínima, las cotizaciones al SSSI cuando el afiliado se encuentre en mora.

7. De la reserva;

a) Contar con una reserva o fondo especial de garantía mínima de 300 salarios mínimos legales mensuales vigentes, para los primeros 500 afiliados, valor exigido por la norma para el 2007: $130.110.000

b) Por cada afiliado adicional al número mínimo definido en el presente artículo, deberán prever permanentemente, el valor de las cotizaciones de dos (2) meses a cada uno de los Sistemas de Seguridad Social Integral a los que se encuentren afiliados de manera colectiva.

8. Acreditar un patrimonio mínimo de 300 salarios mínimos legales mensuales vigentes, sin incluir la reserva especial de garantía mínima prevista en el artículo 9° del presente decreto. (Numeral 7.10 artículo 3° del Decreto 2313 del 2006).

9. Acreditar mediante certificación expedida por el revisor fiscal, contador o representante legal según corresponda, la constitución de la reserva especial de garantía mínima. (Artículo 9° del Decreto 3615 del 2005 modificado por el artículo 3° y 5° del Decreto 2313 del 2006).

10. Certificación expedida por la entidad financiera en la que conste la inversión de los recursos de la reserva especial de garantía mínima, la cual deberá contener además, el nombre y NIT de la agremiación o asociación, el número de la cuenta, el valor y la destinación de la misma. (Numeral 7.8 artículo 3° del Decreto 2313 del 2006).

    Los recursos de esta reserva especial de garantía mínima, deberán constituirse en entidades financieras vigiladas por la Superintendencia Financiera e invertirse en instrumentos de alta seguridad, liquidez y rentabilidad de manera que pueda atenderse en forma oportuna la garantía. Cuando los recursos de la reserva especial de garantía mínima se inviertan en cuenta de ahorro, estos deberán estar consignados en una sola cuenta que registre la totalidad de la reserva de acuerdo con el número de afiliados y el valor, dependiendo de cada uno de los Sistemas de Seguridad Social Integral a los que se encuentren afiliados los trabajadores independientes de manera colectiva.

    Los rendimientos financieros de la reserva especial de garantía mínima, de que trata el presente artículo deberán destinarse para el fortalecimiento de la misma.

11. Presentar actualizados los estados financieros de la entidad, donde se refleje la reserva especial como un rubro de destinación específica y exclusiva para el pago de las cotizaciones de sus trabajadores independientes afiliados. Numeral 7.9 artículo 3° del Decreto 2313 del 2006.

12. De los afiliados;

    a) Contar, por lo menos, con 500 afiliados. Numeral 7.2 del artículo 7° del Decreto 3615 del 2005 modificado por el artículo 3° del Decreto 2313 del 2006, (exceptuadas las congregaciones religiosas), se entiende que no cumple dicho numero cuando en el término de dos años continuos no tiene el numero de 2.000 afiliados requeridos.

    b) Listado actualizado de afiliados activos que deberá contener: nombre completo, identificación, ciudad, dirección de residencia, número de teléfono, fecha de afiliación a la asociación o agremiación, ingreso base de cotización, monto de la cotización, nombre de las entidades administradoras del Sistema de Seguridad Social Integral a las que se encuentren afiliados o se vayan a afiliar, discriminando cada uno de los Sistemas de

Seguridad Social Integral. Numeral 7.3 del artículo 7° del Decreto 3615 del 2005 modificado por el artículo 3° del Decreto 2313 del 2006.

c) Además si desean voluntariamente afiliarse a riesgos profesionales se requiere estar afiliado a salud y pensiones.

d) Potencial de afiliación para los dos años iniciales y cumplidos los mínimos requeridos, proyección de afiliación por cada año subsiguiente.

Tener 2.000 afiliados en un período no superior a dos (2) años, contados a partir de la fecha de la autorización a que se refiere el artículo 6° del presente decreto". Numeral 8.15 artículo 4° del Decreto 2313 del 2006.

Una vez recibidos los soportes que se deben ajustar a las exigencias de la norma, la Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones, ha sido designada mediante la Resolución de delegación de funciones número 004087 del 2005, para hacer el respectivo estudio y emitir un concepto técnico, financiero, jurídico y administrativo que servirá de soporte para el correspondiente acto administrativo de aprobación o negación de la solicitud de autorización, dentro de los términos legales que le competen.

Las agremiaciones que han obtenido autorización por parte de esta institución para la afiliación colectiva de trabajadores independientes a través de agremiaciones y asociaciones al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales (si es agremiación), se está publicando periódicamente en la página Web del Ministerio, de acuerdo al Decreto 3615 del 10 de octubre del 2005 que dispone: "... las entidades administradoras deberán verificar mensualmente, la existencia y permanencia de las agremiaciones o asociaciones en el registro que deberá mantener actualizado el Ministerio de la Protección Social".

Finalmente recalcamos que no se puede ejercer la función de afiliación colectiva al Sistema de Seguridad Social Integral de trabajadores independientes, sin obtener antes la autorización expedida por este Ministerio.

El decreto contiene además los requisitos y deberes que deben cumplir las asociaciones y agremiaciones para poder afiliar a trabajadores independientes al sistema de seguridad social. Entre ellos la constitución de una "reserva especial de garantía".

El decreto contempla también que el trabajador independiente que voluntariamente quiera afiliarse al sistema de riesgos profesionales, a través de las mencionadas agremiaciones o asociaciones, debe estar previamente afiliado a seguridad social en salud y pensiones.

Asociados a Cooperativas de Trabajo Asociado - CTA

El Decreto 468 de 1990 sobre Cooperativas de Trabajo Asociado establece que "el régimen de previsión y seguridad social debe contener los diferentes servicios de protección que la cooperativa, directamente o a través de otras entidades de previsión o seguridad social presta a sus asociados de acuerdo con las capacidades económicas de la cooperativa y sus miembros, procurando cubrir los diferentes riesgos que puedan presentarse o las necesidades presentes o futuras de bienestar social que tengan los asociados. Igualmente, este régimen consagra las contribuciones económicas que para tales amparos y servicios pueda exigírsele a los trabajadores asociados (…). La base sobre la cual se liquidan las cotizaciones y contribuciones para obtener los servicios del ISS [léase EPS-C] y de las CCF es la correspondiente a las compensaciones ordinarias permanentes y a las que en forma habitual y periódica perciba el trabajador asociado consagrada en el respectivo régimen de compensaciones, sin perjuicio de respetarse las cotizaciones o contribuciones mínimas establecidas en forma general por dichas entidades".

El Decreto 2400 de 2002 del Ministerio de Salud, modificatorio del Decreto 1703 de 2002, por el cual se adoptan medidas para promover y controlar la afiliación y el pago de aportes en el SSSI, establece que "La afiliación de miembros asociados a las cooperativas o precooperativas de trabajo asociado requiere demostración efectiva de la condición de asociado y que el asociado trabaja directamente para la cooperativa"

El registro y aprobación de la seguridad social, de conformidad con los artículos 19 y 20 del Decreto 468 de 1990, es exigible para el registro de la cooperativa o precooperativa ante la administradora, en los términos del Decreto 1406 de 1999, para el registro de aportante.

La cotización de los asociados de las cooperativas y precooperativas de trabajo asociado a todo el SSSI se efectúa de acuerdo con el ingreso base de cotización previsto en el respectivo régimen de compensaciones.

La Superintendencia Nacional de Salud - SNS y el Ministerio de la Protección Social - MPS o las administradoras, pueden verificar el mantenimiento de la calidad de trabajador asociado, y el monto de los aportes. Para efectos del control, las cooperativas y precooperativas de trabajo asociado

tendrán ante la SNS y las administradoras los mismos derechos y obligaciones que las disposiciones legales le asignan a los empleadores.

Las CTA, pueden afiliar a sus trabajadores asociados al SSSI en forma individual o en grupos según lo dispuesto por el concepto Nº 14942 del MPS: El artículo 42 del Decreto 806 de 1998, señala que la afiliación al SGSSS puede efectuarse de dos maneras, de forma individual, es decir, "la forma de afiliación que cubre a un solo grupo familiar o a una sola persona cuando esta carece de cónyuge o compañero(a) permanente, hijos o padres con derecho a ser inscritos" y de otra parte, de forma colectiva, que es aquella que se realiza a través de agremiaciones o asociaciones que agrupen diferentes afiliados con nexos comunes o por asentamientos geográficos". El artículo 43 del Decreto 806 de 1998 establece que las cooperativas o mutuales pueden vincular masivamente a sus asociados a una EPS-C, siempre y cuando obtengan autorización de la SNS. En tal caso, la regulación de la afiliación colectiva a través de cooperativas o mutuales, está sujeta a los Decretos 806 de 1998, 1703 y 2400 de 2002 y a lo señalado por la SNS en la Circular Externa 0140 de 2002.

En materia de cooperativas y precooperativas de trabajo asociado, el artículo 4 del Decreto 2400 de 2002 que modifica el artículo 18 del Decreto 1703 del mismo año, señala que dichas organizaciones de trabajo asociado no pueden actuar como agrupadoras para la afiliación colectiva establecida en el Decreto 806 de 1998, ni como mutuales para los mismos efectos". Por tanto el decreto, 3615 de 2005, no es aplicable a las cooperativas de trabajo asociado por cuanto este tiene por objeto definir los requisitos y procedimientos para la afiliación de los trabajadores independientes en forma colectiva al sistema de seguridad social integral, a través de las asociaciones y agremiaciones.

Otras excepcionalidades en los aportes

Profesores de establecimientos particulares de enseñanza	Los profesores de establecimientos particulares de enseñanza, cuyo contrato de trabajo se entienda celebrado por el período escolar, tienen el derecho irrenunciable a que el empleador efectúe los aportes al Régimen Contributivo por la totalidad del semestre o año calendario respectivo, según sea el caso, aún en el evento en que el período escolar sea inferior al semestre o año calendario.
Viajes al exterior	Cuando el afiliado cotizante y sus beneficiarios residan temporalmente en el exterior, es posible interrumpir la afiliación y la cotización sin pérdida de la antigüedad y reanudar el pago de los aportes dentro del mes siguiente a su

	regreso al país. Para ello, antes del viaje el afiliado cotizante debe avisar a la EPS-C y cuando regrese al país debe continuar en la misma EPS-C y hacer un aporte del 1% sobre su IBC por cada mes en que residió en el exterior.
Madres comunitarias	La Ley 1023 de 2006 "Por la cual se vincula el núcleo familiar de las madres comunitarias al SGSSS" establece que las Madres Comunitarias del programa de Hogares Comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, se afilian con su grupo familiar al régimen contributivo y se hacen acreedoras de todas las prestaciones asistenciales y económicas. La base de cotización para la liquidación de aportes con destino a la seguridad social por parte de las madres comunitarias, así como las prestaciones económicas, se establecen en un valor equivalente al cuatro por ciento (4%) de la suma que reciben por concepto de bonificación del ICBF. Las Organizaciones Administradoras del Programa Hogares de Bienestar recaudarán las sumas citadas, mediante la retención y giro a las EPS-C del porcentaje descrito. Las tasas de compensación que las Madres Comunitarias cobran a los padres usuarios son de su propiedad exclusiva.

Aportes durante novedades laborales

Incapacidades y licencias:	Se tomará como IBC el valor de la incapacidad o de la licencia de maternidad según sea el caso, manteniéndose la misma proporción en la cotización que le corresponde al empleador y al trabajador.
Vacaciones y permisos remunerados:	Las cotizaciones se causarán en su totalidad y el pago de los aportes se efectuará sobre el último ingreso base de cotización reportado con anterioridad a la fecha en la cual el trabajador hubiera iniciado el disfrute de las respectivas vacaciones o permisos.
Huelga o suspensión temporal del contrato de trabajo:	Para las cotizaciones no habrá lugar al pago de los aportes por parte del afiliado, pero sí de los correspondientes al empleador, los cuales se efectuarán con base en el último salario base reportado con anterioridad a la huelga o la suspensión temporal del contrato.
Suspensión disciplinaria o	No habrá lugar a pago de aportes a la seguridad social, salvo

licencia no remunerada de los servidores públicos:	cuando se levante la suspensión y haya lugar al pago de salarios por dicho período.

Las incapacidades y licencias también están amparadas para los trabajadores independientes, siempre y cuando sean reportadas oportunamente a la EPS-C a través del formulario de autoliquidación de aportes, adjuntando la incapacidad o licencia expedida por el médico de la EPS-C.

9.2.6 Sanciones en el régimen contributivo

Suspensión de la afiliación

Hay situaciones que constituyen error en el manejo de la afiliación al Régimen Contributivo ocasionando sanciones tales como:

- Suspensión de la afiliación
- Pérdida de la afiliación
- Pérdida de la antigüedad
- Pérdida de las prestaciones económicas

El Ministerio de la Protección Social dicta e informa sobre las normas y la Superintendencia Nacional de Salud sanciona su incumplimiento.

En caso de una de estas situaciones, el cotizante quedará obligado al pago de lo adeudado a la EPS-C aunque tenga suspendido el servicio o se le haya desafiliado.

Se suspende la afiliación cuando:	• Ha pasado un mes de no pago de la cotización que le corresponde al trabajador independiente. • El cotizante que incluyó dentro de su grupo a un miembro adicional no canceló la UPC correspondiente Para levantar la suspensión, el cotizante debe pagar por los periodos atrasados a la EPS-C, la cual, entonces, brindará atención inmediata. Si la suspensión se ha causado por culpa del empleador o del Fondo de

	Pensiones, las EPS-C por ningún motivo pueden dejar de atender a sus afiliados, sin perjuicio de los pagos a la EPS-C por los aportes atrasados por los empleadores y Fondos de Pensiones.
Se pierde la afiliación cuando:	• Han transcurrido seis meses continuos de suspensión de la afiliación En este caso la EPS-C debe informar de manera previa al cotizante su posible desafiliación a través de correo certificado. Para afiliarse nuevamente, el cotizante, a través del empleador o del fondo de pensiones o por sí mismo, debe pagar tres meses de las cotizaciones atrasadas a la EPS-C.
Se pierde la antigüedad cuando:	• Han transcurrido seis meses continuos de suspensión de la afiliación • Un afiliado cotizante incluya a beneficiarios que deben ser reportados como cotizantes o afiliados al Régimen Subsidiado. En este caso, perderán la antigüedad tanto el cotizante como los beneficiarios • Un afiliado se reporte como empleador sin serlo realmente • Un cotizante se ha reportado, a sabiendas, con un salario inferior al real • Un afiliado se afilie al régimen subsidiado • Un trabajador independiente a través de actos simulados pretenda cotizar como trabajador dependiente, creando una vinculación laboral inexistente para todos los efectos legales • El afiliado solicite u obtenga para sí mismo o para un tercero, por cualquier medio, servicios o medicamentos que no sean necesarios • El afiliado solicite u obtenga la prestación de servicios del SGSSS a personas que legalmente no tengan derecho a ellos • El afiliado suministre a las EPS y PSS, en forma deliberada, información falsa, incompleta o engañosa • El afiliado utilice mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios del Sistema, o tarifas más bajas de las que le corresponderían

	• Eludir o intentar eludir por cualquier medio la aplicación de los pagos compartidos
Se pierden las prestaciones económicas cuando:	• Las personas se afilien al sistema argumentando relación laboral inexistente, o con fundamento en ingresos no justificados. Cuando esta conducta se detecte después del goce del derecho, será deber del usuario efectuar los reembolsos correspondientes • Cuando ha pasado un mes de no pago de la cotización • Cuando han transcurrido seis meses de la suspensión del servicio

De acuerdo a la Sentencia C-177-98 de la Corte Constitucional estas sanciones aplican a los afiliados no vinculados a través de relación de trabajo (pensionados, jubilados y trabajadores independientes) pues son responsables de realizar los pagos de las correspondientes cotizaciones, pero en relación con los asalariados y servidores públicos, la norma es exequible siempre que no afecte la antigüedad del trabajador, pues la conducta es imputable a su empleador, que no efectuó los aportes que le correspondían, y a la propia EPS-C, que fue negligente en sus deberes de vigilancia. Por el contrario, la interrupción de los servicios por parte de la EPS-C es proporcionada ya que en el fondo no limita el acceso a las prestaciones de salud del trabajador sino que desplaza la responsabilidad al propio patrono, quien asume la obligación primaria de prestar tales servicios al trabajador y a su grupo familiar y que subsiste una responsabilidad subsidiaria de la EPS-C en determinados eventos, ya que si está de por medio un derecho fundamental, y el juez considera que no es posible que el patrono preste el servicio de salud necesario para evitar un perjuicio irremediable, puede ser procedente que se ordene a la EPS-C que atienda al trabajador y que esta repita contra el patrono que ha incumplido. Igualmente, si la mora patronal acarrea la suspensión de los servicios de salud para la familia del trabajador, el patrono debe responder por tales servicios

Por el período de la suspensión, según la Ley 100 de 1993, no se pueden causar deuda ni interés de ninguna clase. Pero la misma sentencia aclara que en los casos en que el incumplimiento es imputable al patrono, éste está obligado al pago de intereses, pues lo contrario constituiría una invitación a eludir el pago de esas contribuciones parafiscales.

9.2.7 Limitaciones en el régimen contributivo

Pre-existencias

En el artículo 164 sobre preexistencias, se aclara que en las EPS no pueden aplicar preexistencias (enfermedades que el afiliado ha tenido o contraído antes de la afiliación) a sus afiliados.

Períodos mínimos de cotización o períodos de carencia

Los servicios del POS-C se brindan al empleado desde el primer día del segundo mes de la afiliación y al trabajador independiente desde el primer día de la afiliación. Sin embargo, existen dos excepciones: Los servicios que pueden ser exigidos con la sola afiliación y los que pueden ser exigidos solamente después de cierto tiempo de cotización.

El Acuerdo 008 de 1994 del CNSSS fija en cuatro semanas como el tiempo mínimo que una persona que se afilie al SGSSS debe esperar antes de recibir los servicios contemplados en el POS-C, excepto la atención de urgencias, que según el decreto 47 de 2000 es de 30 días. Pero según el decreto 783 de 2000 “Los trabajadores independientes y sus beneficiarios tendrán derecho a partir de la fecha de su afiliación y pago a los beneficios señalados en el POS-C”.

El acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo para afiliados al régimen contributivo está sujeto a períodos mínimos de cotización (períodos de carencia) de máximo 26 semanas de aportes al SGSSS, según lo dispuesto por Ley 1122 de 2007. Para efectos de los cálculos de los períodos de carencia (antigüedad) a los afiliados se les contabilizará el tiempo de afiliación en cualquier EPS del Régimen Contributivo o Subsidiado.

Las patologías sujetas a periodos de carencia son:

Grupo 1: Tratamiento de las enfermedades consideradas como catastróficas o ruinosas de mayor complejidad.

Grupo 2: Atención de enfermedades que requieran manejo quirúrgico de tipo electivo (que no son imprescindibles y que se encuentren catalogadas en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos, como del grupo de alta complejidad).

De cualquier manera, la Corte Constitucional mediante Sentencia C-112 de 1998 establece que “ante situaciones de urgencia no es posible oponer períodos mínimos de cotización pues su exigencia violaría los derechos a la salud y a la vida de las personas".

El pensionado no necesita cumplir con períodos mínimos de cotización, excepto cuando se ha desvinculado por más de 6 meses continuos antes de recibir su pensión

Cuando el afiliado sujeto a períodos mínimos de cotización desee ser atendido antes de los plazos definidos debe pagar un porcentaje del valor total del tratamiento, correspondiente al porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar los períodos mínimos de cotización. Si el cotizante no tiene la capacidad de pago para cancelar el porcentaje y acredite esta situación, debe ser atendido por las IPS públicas o por aquellas privadas con las cuales el Estado tenga contrato.

Servicios que NO requieren períodos mínimos de cotización:

- Actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- Tratamiento integral del embarazo, el parto y el puerperio (45 días pos-parto)
- Urgencias
- Recién nacido registrado con su madre afiliada a una EPS-C. En este caso, el bebé queda automáticamente afiliado y tiene derecho a recibir todos los beneficios incluidos en el POS-C

En los casos de atención del parto y menores de un año, las IPS que atiendan estas intervenciones repetirán contra la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

9.3 Régimen subsidiado

El libro II de la Ley 100 de 1993 (Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS), capítulo II (artículos 211 a 217), trata "del régimen subsidiado" y lo define como "un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al SGSSS, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad".

El régimen subsidiado tiene como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar y es potencial beneficiaria toda la población pobre y vulnerable.

9.3.1 Recursos financieros del régimen subsidiado

El artículo 156 de la Ley 100 de 1993 "características básicas del SGSSS" establece que "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 financiará 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" y más adelante establece "recursos cedidos, participaciones o propios, o de los recursos previstos para el Fondo de Solidaridad y Garantía. Corresponde a los particulares aportar en proporción a su capacidad socioeconómica en los términos y [de] presente Ley". Las entidades territoriales celebrarán convenios con las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado - EPS-S "para la administración de la prestación de los servicios de salud propios del régimen subsidiado".

El artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, clasifica así los recursos con que se financia el régimen subsidiado[106]:

> **1. De las entidades territoriales.**
>
> [Recursos de SGP.S:]

[106] Para una comprensión más clara véase el capítulo 8.1 "Cuentas de salud en Colombia" (página 369)

a) Recursos del Sistema General de Participaciones en Salud - SGP.S[107]

[Esfuerzo propio territorial:][108, 109]

b) Recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales que correspondan a salud;

c) Por lo menos el 25% de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el distrito capital;

d) Otros recursos propios de las entidades territoriales (garantizados de manera permanente)

2. Del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA

[Solidaridad:][110]

a) 1.5 puntos porcentuales de la cotización del régimen contributivo y de los regímenes especiales y de excepción

b) ["*Pari passu*"]

c) El monto asignado por las Cajas de Compensación Familiar

3. Otros.

a) Recursos aportados por gremios, asociaciones y otras

---

[107] Véase la sección 2.5.3 "Las transferencias para la salud y su distribución" (página 123)

[108] "Se entiende por recursos de esfuerzo propio, para efectos de la cofinanciación del Régimen Subsidiado los recursos de la entidad territorial que por Ley no tienen destinación obligatoria para el Régimen Subsidiado, además los recursos de ETESA y las Rentas Cedidas, los saldos de liquidación de contratos del régimen subsidiado y los recursos apropiados y no comprometidos de vigencias anteriores en el régimen subsidiado, con sujeción a las normas presupuestales vigentes. Los Departamentos que hayan alcanzado cobertura universal, deberán utilizar los recursos excedentes de cofinanciación apropiados y no comprometidos a la liquidación de los contratos de vigencias anteriores destinados a la cobertura universal, para garantizar la universalidad y/o continuidad de la afiliación al Régimen Subsidiado" (Acuerdo 373 de 2007 que modifica el artículo quinto del Acuerdo 358.)

[109] Véase la sección 5.4.1 "Recursos propios. [de los entes territoriales]" (página 303)

[110] Véase la sección 0 " Subcuenta de solidaridad" (página 264)

organizaciones

b) Rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes

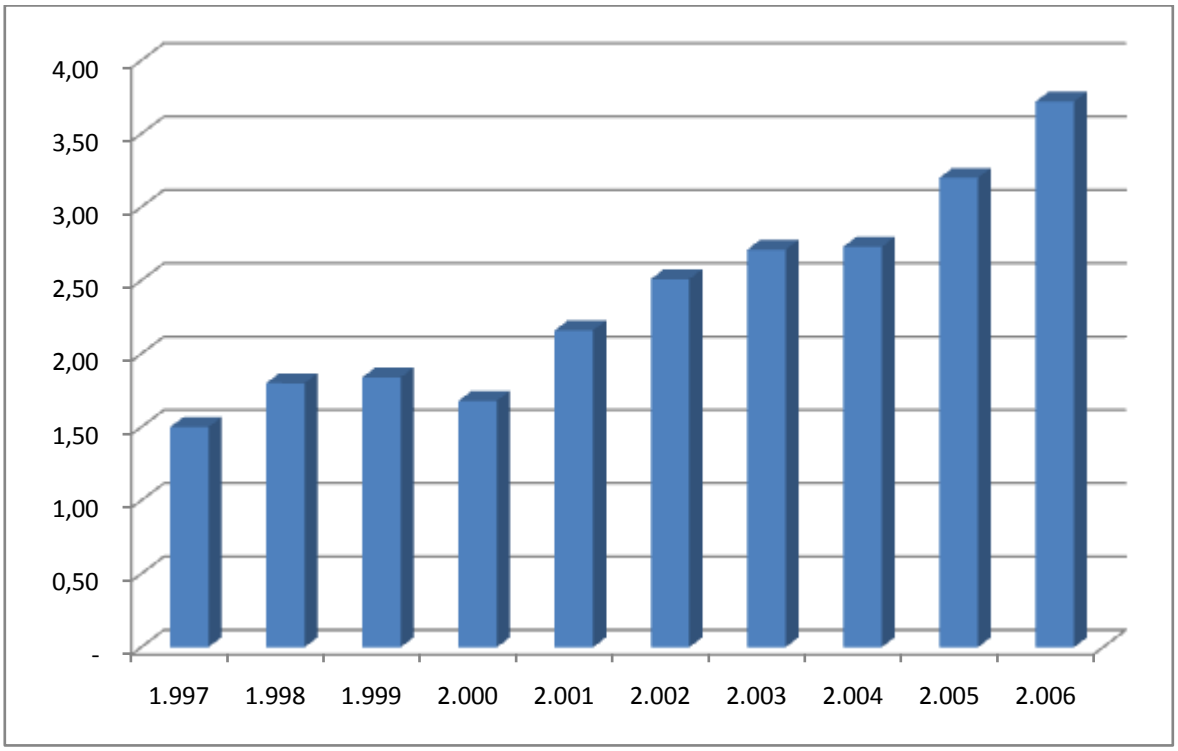
c) Recursos que aporten los afiliados que tienen derecho a subsidio parcial y que quieran optar al subsidio pleno o al POS del régimen contributivo

Los recursos del régimen subsidiado de salud transferidos por SGP-salud y FOSYGA solidaridad [que representan aproximadamente un 60% y un 30%, respectivamente, de la financiación del régimen subsidiado] se distribuyen entre los municipios y distritos con criterios de equidad territorial, garantizando la continuidad del aseguramiento de quienes cumplan los requisitos para permanecer en el régimen subsidiado.

Flujo de recursos en el régimen subsidiado[111]

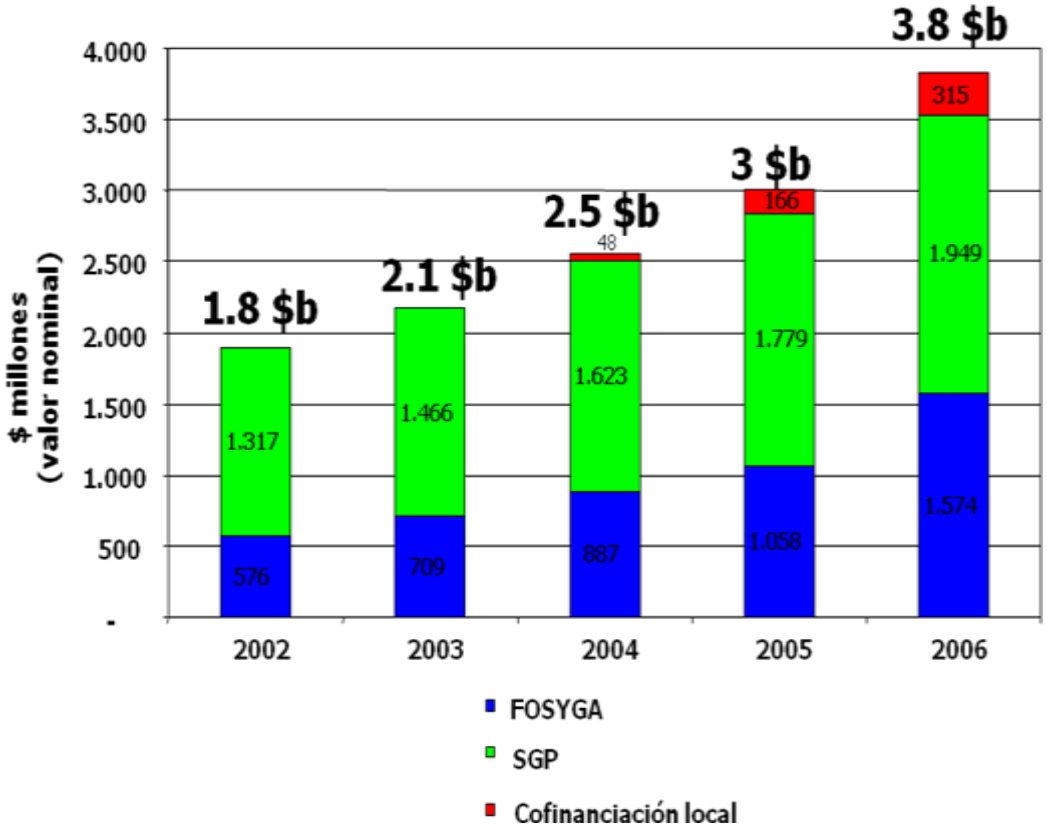
Gráfico No 55. Total recursos (billones de pesos constantes de 2005) del régimen subsidiado. Colombia 1997-2006

[111] Véase antes la sección 0 " Flujo de recursos en el SGSSS" (página 402)



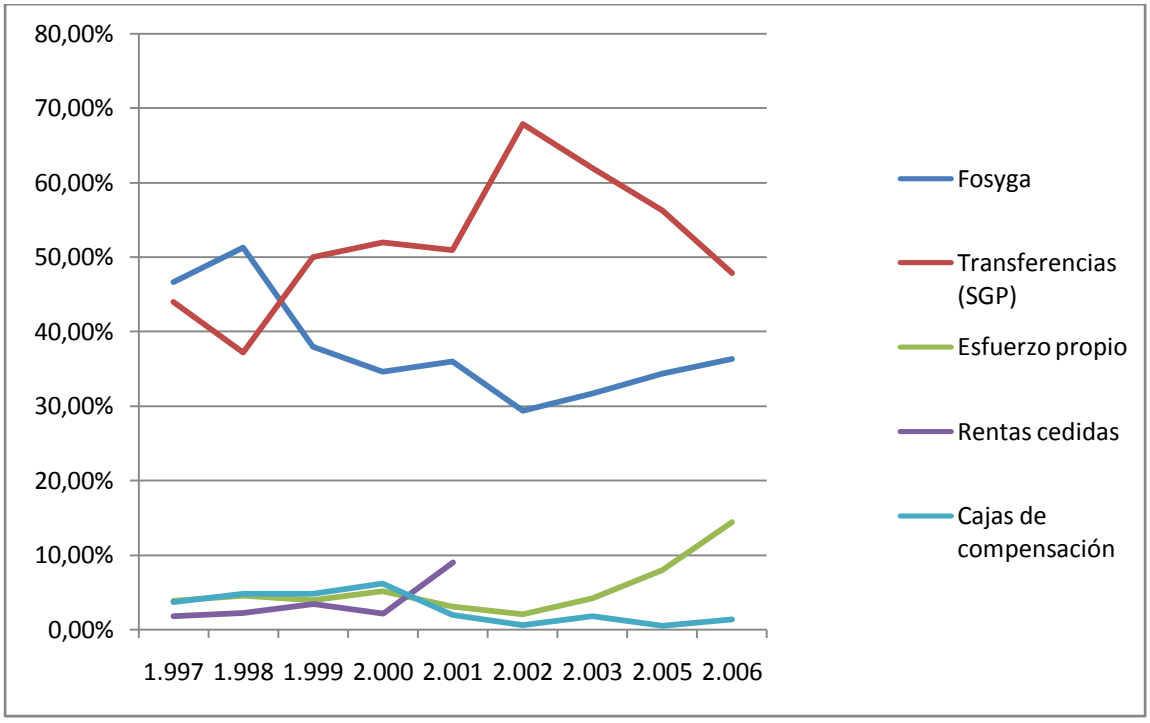
Fuente: Diseño propio, basado en datos del grupo de Estudios de la Salud de la Universidad de Antioquia

Gráfico No 56. Total recursos (billones de pesos constantes de 2005) del régimen subsidiado según fuente. Colombia 2002-2006



Fuente: Ministerio de la Protección Social

Gráfico No 57. Participación de las fuentes de financiación del régimen subsidiado 1997-2006 (excepto 2004)



Fuente: Diseño propio basado en datos del grupo de Estudios de la Salud de la Universidad de Antioquia

Nótese en el gráfico que en 2002, la participación de las trasferencias había llegado a un tope muy alto, cercano al 70% de la financiación del régimen subsidiado, lo cual es alarmante para las finanzas públicas de la Nación. A partir de ese año la participación de SGP-salud va decreciendo en la financiación del régimen subsidiado (a pesar de que los recursos corrientes son cada vez mayores), debido a un fuerte incremento de los recursos propios de los entes territoriales (del 2% al 8%, se ha cuadriplicado la participación, como se observa en el gráfico anterior del MPS). Esto ha obedecido al incremento de recaudos por ETESA y en algo por rentas cedidas, pero sobre todo a las astutas estrategias de cofinanciación entre FOSYGA solidaridad y los entes territoriales, en que la contrapartida es condición para la asignación de recursos del nivel central (lo que el Banco Mundial

llama disciplina fiscal en descentralización). También FOSYGA solidaridad ha incrementado su participación, tal vez debido al aumento en los aportes de los cotizantes, pero en este aspecto el crecimiento ha sido lento, al igual que el del empleo, naturalmente. Lo ideal, desde el punto de vista de sostenibilidad fiscal y equilibrio financiero, sería que el aporte solidario fuera muy superior a las fuentes fiscales.

Directrices generales del DNP para la ejecución de la participación del SGP Salud - Régimen subsidiado[112]

De conformidad con el artículo 42 de la Ley 715 de 2001, corresponde a la Nación, la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el territorio nacional; esta facultad le permite orientar el uso de los recursos destinados al sector con el fin de alcanzar las metas de interés para el país. Para el efecto, se imparten a las entidades territoriales las siguientes directrices generales:

i. Subsidios a la Demanda – depuración y reasignación de cupos de continuidad de coberturas. Con el propósito de ampliar la cobertura actual a la población priorizada, aún no afiliada, los municipios, distritos y departamentos, deberán:

- Fortalecer las acciones de cargue de registro de afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados –BDUA, y promover su actualización y depuración, continua y oportuna.
- Reemplazar los cupos de los multiafiliados detectados con beneficiarios aún no afiliados, según las listas de priorizados, dando prelación a los menores de 5 años y madres gestantes.
- Garantizar el orden de prelación para la afiliación y evitar la multiafiliación.
- El Ministerio de la Protección Social deberá verificar la focalización de los subsidios a la demanda en salud que realizan los municipios, conforme al Nuevo SISBEN (SISBEN III – Conpes Social 117) y las normas vigentes, en especial al Decreto 4816 de 2008, en la medida en que la base de datos de esta nueva versión del SISBEN comience a ser habilitada para su uso en los respectivos departamentos. Para el efecto deberá adelantar las acciones correspondientes para

112 Tomado de: República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento Conpes Social 122. Distribución del Sistema General de Participaciones [SGP] once doceavas de la vigencia 2009. Bogotá, D.C., 29 de enero de 2009

la definición de los nuevos puntos de corte, conforme a las directrices del Conpes Social 117 y teniendo en cuenta el plan operativo comunicado por el Departamento Nacional de Planeación.

- Promover la eficiencia y calidad en la atención de los afiliados en el régimen subsidiado, fortaleciendo las interventorías del régimen subsidiado previstas conforme a la Ley 1122 de 2007 y demás normas reglamentarias.
- Garantizar en el contexto del marco fiscal de mediano plazo territorial y el presupuesto anual, el financiamiento sostenible de la afiliación al régimen subsidiado conforme a las fuentes y disposiciones legales vigentes.

(…)

iv. Generalidades:

Las entidades territoriales deberán articular las diferentes componentes de la política de salud con el fin de promover la eficiencia y calidad en el uso de los recursos y la atención de la población.

En todo caso la ejecución de los recursos del Sistema General de Participaciones en el componente de Participación para salud deberá realizarse en el fondo territorial de salud conforme a las Resoluciones 3042 de 2007 y 4204 de 2008 y a las recomendaciones del Ministerio de la Protección Social.

Universalización de cobertura

El gobierno nacional, a su vez, interesado en la ampliación de cobertura (carnetización en régimen subsidiado) tuvo en 2005 un intento fallido de acelerar la transformación de recursos de oferta a demanda, pero desarrolló el tema en la Ley 1122 de 2007 (que reformó el SGSSS): En su artículo 11 precipita una transformación masiva de recursos de tal manera que el régimen subsidiado está incrementando progresivamente la aplicación de SGP en salud, 56% para el año 2007, 61% para el 2008 y 65% para 2009, no pudiendo superarse ya este valor. El gobierno definió unos engorrosos cálculos para distribución de subsidio a la oferta y salud pública, rubros ambos que se vieron consecuentemente mermados. Entre 2002 y 2009 la participación del régimen subsidiado en SGP

salud ha pasado de 47% al 65% (18 puntos porcentuales en 7 años), a expensas, fundamentalmente, del subsidio a la oferta[113].

El Acuerdo 370 de 2007 que "determina un porcentaje de cofinanciación adicional del FOSYGA para los subsidios plenos en los departamentos que adelantaron cobertura universal en el año 2005" reconoce acerca de estas entidades territoriales que destinaron entre recursos de rentas cedidas, regalías, recursos transformados del SGP.S oferta y otros recursos propios "se ha evidenciado que el gasto en servicios no cubiertos con subsidios a la demanda no disminuyó de manera significativa porque la dinámica de crecimiento de la población afiliada no fue la inicialmente esperada, generando una situación crítica para esas entidades territoriales que surge de la necesidad de que éstas deban destinar recursos para la prestación de servicios a la población no asegurada" y toma una medida excepcional al respecto con recursos de FOSYGA solidaridad. Y requiere que se continúe "adelantando un análisis de las razones por las cuales a pesar de tener una política clara de avance hacia la cobertura universal hay departamentos donde esto no impacta en el componente de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda".

También hay otras quejas de los actores territoriales como consecuencia de la política de cobertura universal con subsidios plenos a población pobre: Iliquidez en red hospitalaria de primer nivel, erosión de las finanzas departamentales por el incremento de requerimientos de complementación de subsidio a la oferta para beneficiarios del régimen subsidiado, todo tipo de problemas con los subsidios parciales. Todo esto da pie para cuestionar la bondad del propósito de carnetización.

Entidades Promotoras de Salud del régimen Subsidiado EPS-S[114]

Las entidades que al entrar en vigencia la Ley 1122 de 2007 administran el régimen subsidiado se denominan Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S) y deben cumplir con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento.

Administración del régimen de subsidios en salud

[113] Véase la sección 2.5.3 "Las transferencias para la salud y su distribución" (página 123)

[114] Véanse la secciones 5.3.1 "Entidades Promotoras de Salud EPS" y 5.3.2 "Empresas Promotoras de Salud del régimen subsidiado - EPS-S" (página 284 y siguientes)

El artículo 216 de la Ley 100 de 1993 establece algunas "reglas básicas para la administración del régimen de subsidios en salud", así:

- La Dirección Local de Salud debe contratar preferencialmente la administración de los recursos del subsidio con EPS-S de carácter comunitario tales como las Empresas Solidarias de Salud – ESS lo cual fue declarado exequible por la Corte Constitucional (Sentencia C-898-03 de 2003) "condicionado a que se entienda que (…) todas las [EPS-S] interesadas en administrar los recursos del subsidio deben participar en el concurso (…) y que solamente cuando se presente una igualdad de condiciones entre las participantes debe preferirse a aquella que sea una administradora de carácter comunitario".
- La contratación entre las Direcciones Locales de Salud y las EPS-S se realiza mediante concurso y se regirá por el régimen privado, pudiendo contener cláusulas exorbitantes propias del régimen de derecho público.
- Un representante de los beneficiarios del régimen subsidiado debe participar como miembro de las juntas de licitaciones y adquisiciones o del órgano que hace sus veces.
- Si se declara la caducidad de algún contrato con las EPS-S que incumplan las condiciones de calidad y cobertura, la entidad territorial asumirá la prestación del servicio mientras se selecciona una nueva EPS-S.
- Las EPS-S que afilien beneficiarios del régimen subsidiado recibirán de la cuenta especial de los fondos distritales y locales de salud, por cada uno de los afiliados una Unidad de Pago por Capitación del régimen subsidiado UPC-S[115].
- El 50% de los recursos del subsidio para ampliación de cobertura se distribuye cada año entre los beneficiarios del sector rural y las comunidades indígenas, hasta lograr su cobertura total.

A su vez, la Ley 1122 de 2007 sobre aseguramiento en salud establece unas pautas adicionales en lo relativo al régimen subsidiado:

- El subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado se asigna las personas pobres y vulnerables clasificadas en los niveles I y II del SISBEN no asegurados en los regímenes contributivo y de excepción

[115] Véase la sección 5.4 "Direcciones territoriales de salud:" (página 303)

- Conservan los subsidios totales o parciales quienes estén clasificados en los niveles I, II y III del SISBEN y las poblaciones especiales, siempre y cuando cumplan con los requisitos exigidos para ser beneficiarios
- La afiliación inicial de la población de desplazados y desmovilizados cuyo financiamiento en su totalidad esté a cargo del FOSYGA se hará a una EPS-S de naturaleza pública del orden nacional [léase Caprecom EPS-S], según disponibilidad, sin perjuicio de que preserve el derecho a la libre elección en el siguiente período de traslado
- Las personas que teniendo derecho al régimen subsidiado pero que, hayan cotizado al régimen contributivo dos años dentro de los últimos cuatro, tienen prioridad en cualquier programa de subsidio a la cotización, a definir por la Comisión de Regulación en Salud - CRES, que se mantendrá por lo menos un año
- Las EPS-S deben contratar un mínimo porcentual del gasto en salud (60% de la UPC-S) con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, con una distribución adecuada en los diferentes niveles de complejidad, teniendo en cuenta la diversidad de las diferentes Entidades Territoriales, siempre y cuando exista en la ESE la correspondiente capacidad resolutiva, sujeta al cumplimiento de requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas
- Se deben garantizar los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica

9.3.2 Beneficiarios del régimen subsidiado

De acuerdo a la Ley 100 de 1993, el Gobierno Nacional, previa recomendación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS adopta los criterios aplicados por las entidades territoriales para definir los beneficiarios del régimen subsidiado.

El carácter del subsidio, una proporción variable de la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo UPC-C, se establece según la capacidad económica de las personas, medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de su

vivienda. Los potenciales beneficiarios del régimen de subsidios se inscriben ante la Dirección Local de Salud correspondiente, la cual califica su condición de beneficiario del subsidio.

El Gobierno Nacional es responsable de establecer un régimen de focalización de los subsidios entre la población más pobre y vulnerable del país, bajo el cual se establecen los criterios de cofinanciación del subsidio por parte de las entidades territoriales[116].

Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización: La población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana, con particular importancia para madres durante el embarazo, parto y postparto y período de lactancia; madres comunitarias; mujeres cabeza de familia; niños menores de un año; menores en situación irregular; enfermos de Hansen; personas mayores de 65 años; discapacitados; campesinos; comunidades indígenas; trabajadores y profesionales independientes; artistas y deportistas; toreros y sus subalternos; periodistas independientes; maestros de obra de construcción; albañiles; taxistas; electricistas; desempleados y demás personas sin capacidad de pago. También el Gobierno debe reglamentar la proporción del subsidio para aquellos casos particulares en los cuales los artistas y deportistas merezcan un reconocimiento especial. La Ley 361 de 1997, "por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones" establece en el artículo 19 que "los limitados de escasos recursos son beneficiarios del Régimen Subsidiado". Igualmente en el artículo 29 la misma Ley 361 se establece que sean beneficiarios las personas con limitación que con base en certificación médica autorizada no puedan gozar de un empleo competitivo que les produzca ingresos al menos equivalentes al salario mínimo legal vigente. También los colombianos que, acogiéndose a procesos de paz, se hayan desmovilizado tienen derecho a los beneficios del régimen subsidiado.

No pueden ser beneficiarias de los subsidios en salud del régimen subsidiado:

- Personas que tengan vínculo laboral vigente
- Quienes perciban ingresos o renta suficientes para afiliarse al régimen contributivo
- Pensionados
- Beneficiarios de otra persona en el SGSSS o cualquiera de los regímenes de excepción establecidos en la normatividad vigente.

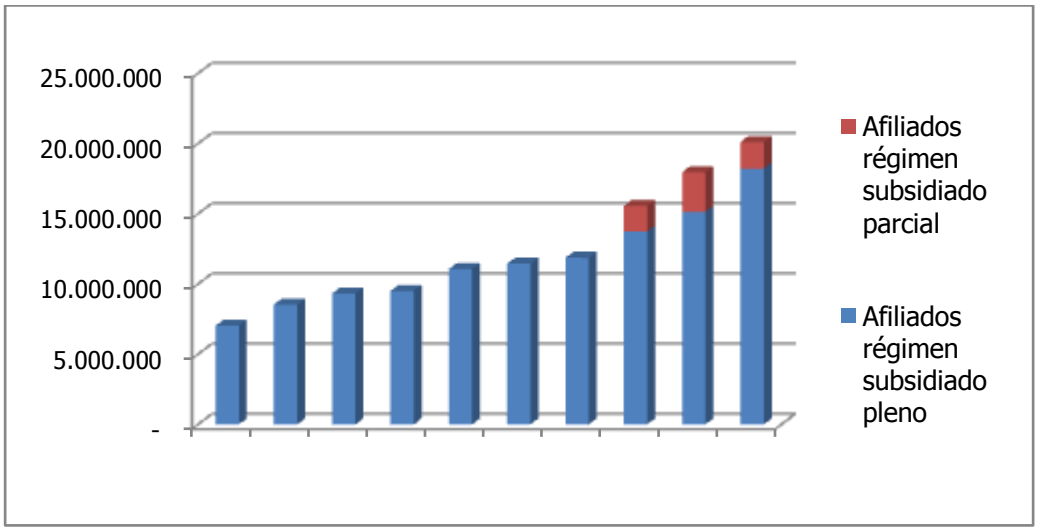
---

[116] Véase la sección 3.4 “La focalización del gasto público social y su aplicación en Colombia (la encuesta SISBEN)” (página 186)

De acuerdo a la Ley 1122 de 2007, los beneficiarios al subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado son:

- Las personas pobres y vulnerables clasificadas en los niveles I y II del SISBEN o del instrumento que lo remplace
- Quienes no estén afiliados al régimen contributivo o a los regímenes excepcionados

Gráfico No 58. Afiliados al régimen subsidiado 1997-2006



Fuente: Diseño propio basado en datos del grupo de Estudios de la Salud de la Universidad de Antioquia

Criterios de priorización de beneficiarios para el régimen subsidiado[117]

En el documento Caja de Herramientas del MPS el proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios del régimen subsidiado se ha separado en tres partes

- Identificación de potenciales beneficiarios mediante la encuesta SISBEN
- Identificación de potenciales beneficiarios mediante instrumentos diferentes al SISBEN

[117] Véase más adelante el numeral 3.D "Identificación, selección y priorización de beneficiarios" (página 481)

- Mecanismos de priorización

1. Identificación de potenciales beneficiarios mediante la encuesta SISBEN

Además de la población identificada mediante encuesta SISBEN en los niveles I y II por parte de las alcaldías (o gobernaciones en el caso de los corregimientos departamentales), el municipio identifica otros potenciales beneficiarios mediante la encuesta para otros grupos vulnerables como son: Mujeres cabeza de familia, Población con discapacidad, otra población en niveles II y III de SISBEN (taxistas, vendedores ambulantes, líderes comunitarios, artistas) y la Población raizal de San Andrés.

La Población carcelaria que cumpla un mínimo de 6 meses en las cárceles o penitenciarías es identificada por el INPEC o las alcaldías municipales, según el caso, la Población rural no migratoria por gremios agrícolas inscritos ante el MPS y los gestores culturales por el Consejo Departamental de Cultura.

Una vez se organiza la base de datos de potenciales beneficiarios según puntaje SISBEN y fecha de aplicación de la encuesta, se ordena en forma ascendente combinando los dos criterios: del menor puntaje al mayor puntaje y de la fecha de encuesta más antigua a la más reciente Para que los miembros del mismo núcleo familiar se conserven juntos se debe añadir el criterio Ficha SISBEN

2. Identificación de potenciales beneficiarios mediante instrumentos diferentes a la encuesta SISBEN (listados censales)

Cuadro No. 57. Entidades que realizan los diferentes listados censales para la priorización de otros potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado

Grupo poblacional	Entidad responsable
Niños menores de 6 años abandonados y a cargo del ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Población en condiciones de desplazamiento forzado	Red de Solidaridad o la entidad que haga sus veces, sistema único de registro
Población desmovilizada y sus núcleos familiares	Ministerio del Interior, Secretaría Especial para la Reinserción o entidad que haga sus veces
Población indigente	Administración municipal
Personas de la tercera edad de escasos recursos y en condición de abandono, en protección de ancianatos	Entidad territorial
Población rural migratoria	Gremios agrícolas inscritos ante el MPS
Comunidades indígenas	Las tradicionales y legítimas autoridades de los pueblos indígenas
Población ROM	Autoridad legítimamente constituida y reconocida ante la dirección de etnias del Ministerio del Interior y de Justicia

3. Criterios de priorización de beneficiarios priorizados mediante SISBEN y mediante listados censales

Aplican los siguientes criterios:

1. Recién nacidos
2. Menores desvinculados del conflicto armado, bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
3. Población rural
4. Población indígena a partir del campo de grupo étnico
5. Población urbana

Los recién nacidos de madres o padres afiliados al régimen subsidiado en salud entran automáticamente

En cada uno de los grupos de población de los numerales 3, 4 y 5 se priorizan los potenciales afiliados en el siguiente orden:

1. Mujeres en estado de embarazo o período de lactancia que se inscriban en programas de control prenatal y postnatal
2. Niños menores de cinco años
3. Población con discapacidad identificada mediante la encuesta SISBEN
4. Mujeres cabeza de familia, según la definición legal
5. Población de la tercera edad
6. Población en condición de desplazamiento forzado
7. Núcleos familiares de las madres comunitarias
8. Desmovilizados

Las personas vulnerables identificadas mediante instrumentos diferentes a la encuesta SISBEN se priorizan de acuerdo con los criterios definidos en los acuerdos respectivos Se excluyen de la priorización los desmovilizados y la población carcelaria.

De acuerdo con estos criterios, se asigna un consecutivo desde 1 hasta el último registro, que indique el orden en que los beneficiarios accederán al régimen subsidiado en salud. De allí resulta el listado inicial de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado en salud priorizados según criterios legales.

Núcleo familiar

Para el proceso de selección y afiliación al Régimen Subsidiado, se aceptará un único núcleo familiar que estará integrado por:

1. La pareja estable:
    - Cónyuge del afiliado
    - Compañero permanente del afiliado cuya unión sea superior a 2 años
2. Los hijos de cualquiera de los cónyuges:
    - Hijos menores de 18 años que hagan parte del núcleo familiar
    - Hijos mayores de 18 y menores de 25 años que sean estudiantes en educación formal con dedicación exclusiva tal como lo establece el Decreto 1889 de 1994 y dependan económicamente del cabeza del núcleo familiar
    - Hijos con incapacidad permanente certificada en los términos de la Ley 100 de 1993

Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su subsistencia.

9.3.3 Plan de beneficios del régimen subsidiado

Plan Obligatorio de Salud del régimen Subsidiado – POS-S[118]

El Plan Obligatorio de Salud del régimen Subsidiado – POS-S sólo cubre prestaciones asistenciales y sus beneficiarios reciben complementariamente beneficios universales (salud pública colectiva, atención en Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito – ECAT) y beneficios adicionales en lo relacionado con la complementación de servicios por subsidio a la oferta.

El artículo 162 de la Ley 100 de 1993 "Plan de Salud Obligatorio" establece que "para los afiliados [al] régimen subsidiado, el CNSSS diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el

[118] Véase la sección 3.1.1 "Contenidos del POS" (página 151)

POS-C, en forma progresiva antes del año 2.001. En su punto de partida, el plan incluirá servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables".

Luego el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 sobre "organización del aseguramiento" reitera que "la Comisión de Regulación en Salud -CRES actualizará anualmente el Plan Obligatorio de Salud buscando el acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de los dos regímenes con tendencia hacia el que se encuentra previsto para el régimen contributivo".

El acuerdo 306 de 2005 aclara, precisa y compila los contenidos del POS-S en los esquemas de subsidios plenos y de subsidios parciales.

La prestación de los servicios para la atención de la "salud pública individual" se debe hacer a través de la red pública contratada por las EPS-S del respectivo municipio bajo el entendido de que estas prestaciones se efectúen cerca a la residencia del afiliado, con agilidad y celeridad. Cuando las ESE no tengan capacidad para prestar estos servicios o cuando los resultados pactados entre EPS-S y las ESE se incumplan, estos servicios pueden prestarse a través de otras entidades, previa autorización del Ministerio de la Protección Social.

El POS-S parcial

Los subsidios parciales fueron formulados de manera preliminar desde la misma Ley 100 de 1993. El artículo 211 de la Ley 100 trata de "una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad" y el artículo 213 establece que el subsidio "puede ser una proporción variable de la Unidad de Pago por Capitación", y "se establecerá según la capacidad económica de las personas".

Pero fue el Acuerdo 190 de 2001 del CNSSS el que puso en firme el concepto de subsidios parciales, mediante los cuales las entidades territoriales, podrían financiar entre un 20% y un 40% de la UPC-S, y la porción restante debería ser aportada por el afiliado. La oferta fue ignorada por todo el mundo. En el informe anual del CNSSS al congreso en 2002 se concluye que la estrategia no fue efectiva, entre otras razones, por la falta de incentivos para las entidades territoriales al no prever cofinanciación del FOSYGA, "por lo cual se hace necesario evaluar otras alternativas que han sido propuestas". Por aquella época, el Programa de Apoyo a la Reforma en su estudio sobre "Lineamientos para la implantación de subsidios parciales en Colombia" (mayo 2002) había

concluido que era poco recomendable la cofinanciación del aporte mensual por parte de los afiliados para la "población sánduche" (trabajadores informales principalmente, hoy llamada "población en transición") porque la experiencia internacional mostraba de manera coherente que el recaudo de la contribución que le corresponde a este segmento poblacional no es factible, excepto en los casos en que el usuario hace selección adversa.

Fue en este contexto que surgió el acuerdo 233 de 2002 del CNSSS "por medio del cual se autoriza una experiencia piloto en Pasto para ampliar la cobertura, mediante el otorgamiento de subsidios parciales". A partir de este acuerdo, subsidio parcial es algo tan simple como una UPC-S parcial para financiar un POS-S parcial. La cobertura de este subsidio eran las enfermedades de alto costo; ortopedia, traumatología y rehabilitación física; atención integral a la gestante y los medicamentos requeridos para estas actividades con una asignación equivalente al 36% de la UPC-S cofinanciado en un 50% por el FOSYGA y aplicado a una atender 30 mil pobres clasificados por la encuesta SISBEN.

A partir de esta experiencia que se plantea como exitosa, se expiden los acuerdos 267 y 269 de 2004 sobre subsidios parciales con un plan de beneficios (POS-S parcial) un poco más amplio que en el acuerdo 233, incluyendo atención integral al menor de 1 año, y una UPC-S parcial variable, según la categoría del municipio, que FOSYGA financia en un 40% ó 50% (según la categoría del municipio) y la otra parte de la financiación está a cargo del municipio y el departamento en la proporción que entre ellos acuerden, con recursos de ampliación de cobertura y subsidio a la oferta. Una UPC-S completa equivale a 2,6 cupos parciales en promedio: El aumento de la cobertura va ligado al desmedro de la integralidad del plan de beneficios, fenómeno típico de la economía de la salud.

La Ley 1122 de 2007 establece que la UPC-S parcial no puede ser inferior al 50% del valor de la UPC-S plena, y se propone que, por una parte, la ampliación de cobertura con subsidios parciales a nivel municipal se hará una vez se haya logrado una cobertura del 90% al régimen subsidiado de los niveles I y II del SISBEN y se aplicará únicamente para personas clasificadas en el nivel III del SISBEN y, por otra parte, que la población del nivel III del SISBEN pueda, mediante aportes complementarios al subsidio parcial, afiliarse al régimen contributivo o recibir los beneficios plenos del régimen subsidiado, como se intentó fallidamente en el acuerdo 190 de 2001. Las personas con derecho al régimen subsidiado que hayan cotizado al régimen contributivo al menos 2 años dentro de los últimos 4, tendrán prioridad para el subsidio a la cotización.

Conservan el subsidio quienes cuenten con subsidios parciales y estén clasificados en los niveles I y II del SISBEN y las poblaciones especiales que el Gobierno Nacional defina como prioritarias. Además, se prioriza la afiliación de las personas que pierdan la calidad de cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo y que pertenezcan a los niveles I y II del SISBEN.

9.3.4 Procesos administrativos del régimen subsidiado[119]

Cuadro No. 58. Subprocesos que conforman y garantizan cada uno de los procesos del régimen subsidiado

A. Afiliación de usuarios y contratación	1. Selección e inscripción de EPS-S 2. Planeación y promoción de la libre elección de EPS-S 3. Libre elección 4. Excepcionalidades para la afiliación 5. Traslados de EPS-S 6. Conformación de bases de datos de afiliados
B. Contratación	1. Suscripción y legalización de contratos 2. Manejo de novedades 3. Realización de inclusiones y reemplazos conservando los criterios de priorización. 4. Certificación de pagos: De acuerdo a carnetizados efectivos y novedades. 5. Interventoría y seguimiento a contratos entre la EPS-S y el Ente Territorial. 6. Liquidación de contratos

[119] Los elementos tratados en el resto de esta sección son extractados y resumidos del documento "Caja de Herramientas" (2007) del "proyecto de asistencia técnica para el ajuste institucional y operativo del régimen subsidiado" del Ministerio de la Protección Social - MPS. Para información detallada de cada uno de los subprocesos remitirse a ese documento. En: http://www.minproteccionsocial.gov.co/pars/newsdetail.asp?id=16181&idcompany=39 (Consultado: Julio de 2007)

C. Flujo de recursos	1. Administración del Fondo Local de Salud FLS 2. Planeación de la gestión financiera 3. Presupuesto municipal de ingresos y gastos 4. Administración de tesorería 5. Rendición de cuentas 6. Evaluación participativa
D. Identificación, selección y priorización de beneficiarios	1. Integración y depuración de la base de datos de potenciales beneficiarios 2. Elaboración de base de datos inicial de priorizados 3. Actualización periódica de la base de datos de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado

A. Proceso de afiliación de beneficiarios al régimen subsidiado

La afiliación es un proceso que inicialmente fue de responsabilidad y competencia de las Entidades Promotoras de Salud del régimen Subsidiado - EPS-S, según Decreto 2357 y Acuerdo 23 del CNSSS de 1995. En este periodo hasta 1997, la afiliación se efectuaba en el hogar de las personas beneficiarias potenciales del régimen subsidiado, con grandes inconvenientes operativos y consecuencias difíciles y graves en las actividades de verificación y control por parte de los entes territoriales del orden departamental y municipal.

El acuerdo 77 del CNSSS de 1997 intenta corregir esta situación y determina la responsabilidad compartida (EPS-S y ente territorial del orden municipal) e introduce el concepto de libre escogencia de EPS-S; permite que éstas tengan la misma base de datos y por el acuerdo 244 del CNSSSS de 2003, el proceso pasa a ser de responsabilidad y competencia del ente territorial del orden municipal, reforzando y operando la libre elección de EPS-S.

El proceso de afiliación permite que los potenciales beneficiarios priorizados del régimen subsidiado puedan ejercer el derecho de escoger libremente la EPS-S de su preferencia (siempre que esté autorizada para operar en el municipio) y acceder a la seguridad social en salud para manejar el riesgo en salud a través de una EPS-S, o a los afiliados a trasladarse. Para ello el municipio conforma las Bases de Datos depurada de los potenciales beneficiarios priorizados del régimen subsidiado.

Por otro lado se legaliza y se hace efectiva la afiliación cuando se incorporan estas personas en un contrato con una EPS-S autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud para operar en el municipio.

Gráfico No 59. **Flujograma proceso de afiliación de beneficiarios al régimen subsidiado**

Responsable principal: Director Local de Salud

Fuente: Caja de Herramientas. Ministerio de la Protección Social, 2005

Subproceso 1. Selección e inscripción de EPS-S

La junta de seguridad social o junta de licitaciones, según sea el caso, elabora el concepto técnico y aprueba o no la inscripción de la EPS-S en el municipio y luego se publica en lugar visible, en forma permanente y actualizada, el listado y ubicación de las EPS-S que han sido inscritas, autorizadas y habilitadas, la calificación de cada una y la red de servicios.

Subproceso 2. Planeación y promoción de la libre elección de EPS-S (preparación para la afiliación)

Entre 120 y 90 días calendario antes de iniciarse el nuevo periodo de contratación o adición se comunica por medios masivos o individualmente a los potenciales beneficiarios del Régimen

Subsidiado quienes, en estricto orden de priorización, elegirán una EPS-S seleccionada para operar en el municipio en acto público. Se deben determinar los recursos disponibles para ampliación de cobertura y los reemplazos posibles por multiafiliación, pérdida de calidad de beneficiario al Régimen Subsidiado, fallecimiento o no entrega de carné.

El proceso de libre elección por parte de los usuarios se realiza entre 90 y 30 días calendario antes de iniciarse un nuevo periodo de contratación o de adición por ampliación de cobertura de los contratos vigentes.

Subproceso 3. Planeación y promoción de la libre elección de EPS-S
(preparación para la afiliación)

Se dispone de la base de datos actualizada de potenciales beneficiarios priorizados del Régimen Subsidiado, inhabilitando a quienes están ya afiliados al régimen subsidiado, duplicados con otros municipios, duplicados con el régimen contributivo y fallecidos.

Una vez hecha la libre elección por parte del usuario, se informa a las EPS-S de los afiliados que la escogieron para que los carnetice (BD por EPS-S). La EPS-S entrega el carné a cualquier miembro mayor de edad del núcleo familiar que tiene vigencia indefinida y caduca cuando se pierde la condición de afiliado al Régimen Subsidiado.

Si quedan cupos disponibles se cita en estricto orden del listado de priorizados a nuevos beneficiarios.

Subproceso 4. Excepcionalidades para la afiliación

Este subproceso garantiza la continuidad del aseguramiento de la población afiliada en casos como retiro o suspensión de EPS-S, para ejecutoriar ante las entidades competentes los actos administrativos o dejar en firme sentencias judiciales según el artículo 53 del acuerdo 244 del CNSSS de 2003.

Subproceso 5. Traslados de EPS-S

Si es procedimiento de traslado normal se debe verificar que el usuario haya permanecido durante 3 años continuos en una EPS-S, que manifieste su voluntad entre 90 y 30 días antes del inicio de contratación y que mantenga la condición de beneficiario al Régimen Subsidiado.

Si el traslado se hace por el incumplimiento de las obligaciones de la EPS-S se hará acorde al artículo 21 del Acuerdo 244 de 2003.

Subproceso 6. Conformación de Base de Datos de afiliados para contratación con EPS-S

Se verifica que se hayan llenado todos los cupos disponibles y en estricto orden de priorización, que las personas que se trasladaron mantengan la condición de beneficiarios del Régimen Subsidiado y evitar duplicidad dentro del mismo municipio.

Luego de esto, se reemplazan los usuarios duplicados, fallecidos y no carnetizados, seguido de una búsqueda activa de posibles duplicidades en el Régimen Subsidiado y el Contributivo. Una vez hecho esto se informa de la situación al beneficiario, para cumplir con el debido proceso, con el fin de que éste determine la EPS-S en la que quiere quedarse.

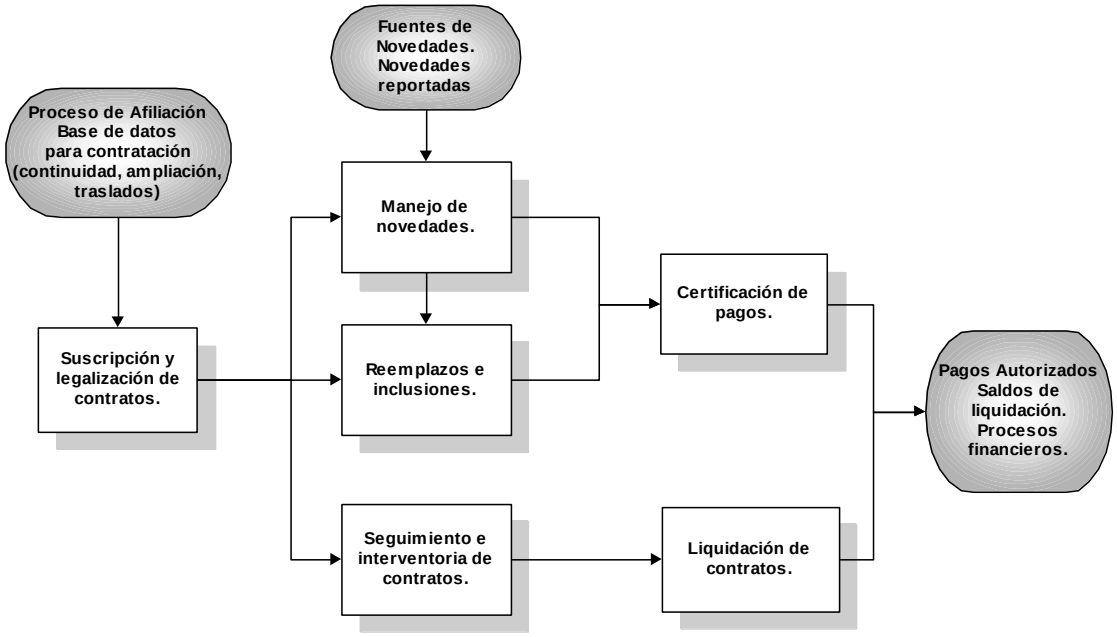
Se organiza entonces la base única de afiliados actualizada, se establece un solo contrato por EPS-S y se remite la base de datos mediante oficio a las EPS-S para que verifiquen la inclusión de nuevos afiliados, afiliados de continuidad, reemplazos y novedades incorporadas. La base de datos obtenida para cada EPS-S servirá para la contratación.

B. Proceso de contratación

La contratación del régimen subsidiado es el mecanismo con el cual se busca garantizar el aseguramiento en salud de una población previamente identificada, seleccionada y priorizada de acuerdo con unos criterios definidos formalizando la relación del ente territorial con las EPS-S desde la suscripción y legalización de los contratos hasta su liquidación.

La suscripción de contratos se realiza tanto en los períodos normales, posteriores a los procesos anuales de libre elección y afiliación (un año comprendido entre el 1º de abril y el 31 de marzo, el cual es prorrogable anualmente hasta por dos años más, previo el trámite presupuestal pertinente), como en los períodos extraordinarios. Un período de contratación extraordinario se presenta en diversas épocas del año, cubriendo generalmente períodos menores a una anualidad, para ampliaciones de cobertura generadas a partir de saldos de liquidación de contratos del régimen subsidiado de vigencias pasadas y rendimientos financieros. Corresponden también a períodos de contratación extraordinarios aquellos resultantes de la asignación de recursos del FOSYGA para ampliar la cobertura en el régimen subsidiado de salud mediante subsidios parciales.

Gráfico No 60. **Flujograma del proceso de contratación**



Responsable principal: Encargado de aseguramiento de la Dirección local de salud

Fuente: Caja de Herramientas. Ministerio de la Protección Social, 2005

Subproceso 1. Suscripción y legalización de contratos:

Una vez surtido el Proceso de Afiliación se realiza formalmente el contrato entre el municipio y la EPS-S, lo que implica tomar la base de datos de afiliados para cada EPS-S con operación en el municipio resultante del proceso de afiliación (ampliación de cobertura, continuidad y/o traslados), establecer el valor del contrato, firmarlo, radicarlo en el departamento y finalmente archivarlo en el municipio con sus correspondientes soportes para su seguimiento, entre otras actividades.

La minuta del contrato tiene como contenido mínimo el modelo establecido por el Ministerio de la Protección Social, identificando si se trata de un contrato de cofinanciación o de un contrato de CCF (anexos 1 y 2 de la resolución 838 de 2004 respectivamente).

De allí se pasa al subproceso de interventoría y seguimiento de contratos.

Subproceso 2. Manejo de novedades:

Se identifican y validan los diferentes cambios en la información de afiliación, obteniendo información de las EPS-S y de otras fuentes, especialmente los que implican modificaciones en los valores a pagar a las EPS-S. Las novedades deben ser validadas por el interventor del contrato en la periodicidad definida, usualmente bimensual para cumplir con el plazo de pago bimestre anticipado.

Las novedades están discriminadas en ingresos, egresos y corrección de datos, así:

Egresos	Ingresos
• Fallecimientos • Traslados • Afiliaciones al régimen contributivo • Duplicidades en BD • Pérdida de la calidad de afiliado	• Nacimientos • Inclusiones • Reemplazos

En los casos de duplicidades en la afiliación, si ésta es entre dos EPS-S del mismo municipio, el usuario continuará con la que tenga mayor antigüedad en el registro de afiliación y si es una múltiple afiliación entre municipios, el afiliado conserva la inscripción más reciente.

Cuando se detecta una múltiple afiliación al régimen contributivo y subsidiado y el afiliado no reportó su traslado temporal al régimen contributivo, se pierde el cupo en el subsidiado, pero si el afiliado reporta su ingreso al régimen contributivo, el cupo se conserva por un año y pasado este plazo se le da prioridad para recuperarlo.

Subproceso 3. Realización de inclusiones y reemplazos:

Inclusiones: Se verifica dentro del informe de novedades validado, las que corresponden a nacimientos, identificando los recursos con los cuales se garantizará su afiliación al régimen subsidiado.

Reemplazos: Se verifica dentro del informe de novedades validado, los cupos liberados y se asignan teniendo en cuenta el siguiente orden de priorización:

1. Recién nacidos de padres afiliados al régimen subsidiado
2. Recién nacidos de padres no afiliados al régimen subsidiado niveles 1 y 2 del SISBEN
3. Niños menores de un año no afiliados
4. Régimen subsidiado niveles 1 y 2 del SISBEN
5. Las demás categorías de priorizados

Finalmente, se actualiza la base de datos.

Subproceso 4. Certificación de pagos:

Se determina y certifica el valor que se le ha de pagar a las EPS-S. Implica confrontar la información suministrada por las EPS-S, la información de carnetizados efectivos y el manejo de novedades avaladas.

El interventor del contrato debe validar las novedades presentadas por las EPS-S y emitir la denominada "viabilidad de pago".

Subproceso 5. Interventoría y seguimiento a contratos[120]:

Corresponde a la verificación del cumplimiento de los compromisos contractuales adquiridos entre la EPS-S y el ente territorial. Para cumplir esas actividades se debe establecer una interventoría permanente de carácter interno o externo que puede ser desarrollada en el ámbito regional o municipal, y que debe elaborar como mínimo dos informes anuales y remitir el resultado a los departamentos para su consolidación.

El interventor debe revisar el informe de gestión financiera presentado por la EPS-S (esencialmente la vigencia de la póliza de reaseguro, carnetización efectiva de los beneficiarios, existencia de cuenta maestra independiente para el manejo de los recursos del régimen subsidiado, cumplimiento de 60% de la UPC-S con las IPS públicas contratadas y el pago oportuno y estado de cartera con las IPS de la red prestadora), la capacidad de prestación de servicios de la EPS-S, realizar encuestas de satisfacción del usuario y establecer plan de compromisos con la EPS-S en lo que se requiera.

[120] Véase más detallada la metodología de Interventoría del régimen subsidiado, en el último aparado de esta sección

La Ley 1122 de 2003, a su vez, establece que los municipios y distritos destinarán hasta el 0,4% de los recursos del régimen subsidiado, para financiar los servicios de interventoría de dicho régimen, que sólo puede ser contratada con entidades previamente habilitadas por el departamento y el Distrito Capital, a través de concursos de méritos. Adicionalmente se destinarán el 0,2% de los recursos del régimen subsidiado a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales.

Subproceso 6. Liquidación de contratos:

- Se da por cerrada la relación contractual, y se determinan los saldos a favor o en contra del municipio, si es el caso.
- Se identifica la información necesaria para realizar la liquidación (contrato y soportes, informes de interventoría, pagos realizados, informes consolidados de novedades)
- Se cruza la información y se determina si existen saldos a favor o en contra del municipio
- Se verifica el cumplimiento de los términos contractuales
- Se elabora el documento de acta de liquidación complementado con la información financiera generada en el período
- Se convoca a la EPS-S para concertar el acta de liquidación del contrato

En la unidad financiera del municipio se efectúan las actividades financieras de acuerdo con lo establecido en la liquidación.

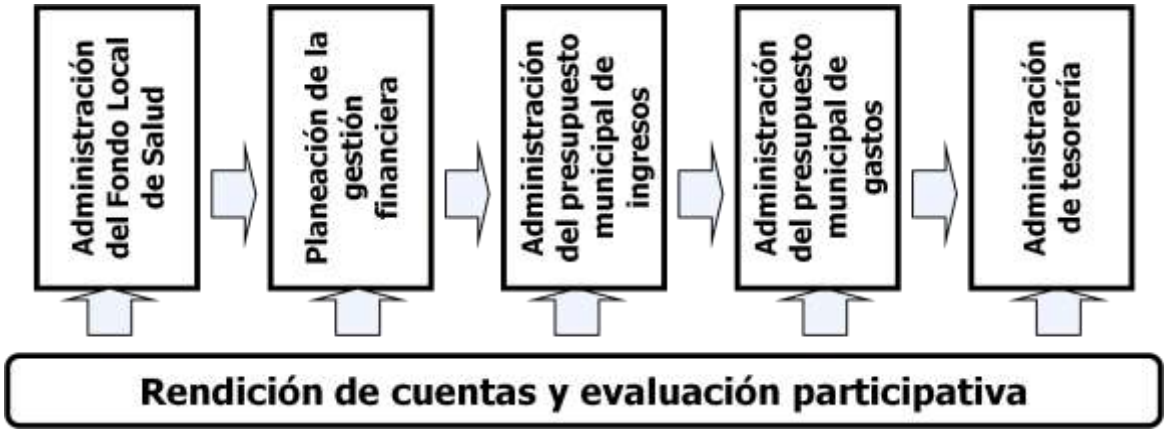
El decreto 050 de 2003 establece que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 216 de la Ley 100 de 1993, en los contratos de administración del régimen subsidiado suscrito entre las entidades territoriales y las EPS-S puede pactarse la cláusula de liquidación unilateral prevista en la Ley 80 de 1993 o si no se pacta, el contrato debe ser objeto de aclaración y pago de los saldos pendientes a su favor o en contra, dentro de los cuatro meses siguientes a su terminación. Vencido este término la entidad territorial procede a hacerla de manera unilateral en los diez días siguientes. La aclaración y pago de las cuentas, debe constar en actas que suscriban las partes, copia de las cuales debe ser remitida a la Superintendente Nacional de Salud. Las actas de liquidación deben discriminar por cada fuente de financiación del régimen subsidiado, los pagos efectuados y los excedentes generados por cada una de ellas.

C. Flujo de los recursos financieros del régimen subsidiado

El proceso de flujo de los recursos financieros del régimen subsidiado tiene como objeto el adecuado y oportuno manejo de los recursos del subsidio a la demanda en salud en el municipio, desde las fuentes de financiación hasta su pago y aplicación, para garantizar el acceso efectivo de la población beneficiaria a los servicios de salud del POS-S.

Tomando como referentes los procesos de planificación, presupuestación y evaluación municipales enmarcados en las leyes del presupuesto nacional, de la administración municipal y de los fondos locales de salud se establecen seis subprocesos del flujo financiero del régimen subsidiado:

Gráfico No 61. Mapa del proceso financiero del régimen subsidiado



Fuente: Caja de Herramientas. Ministerio de la Protección Social, 2005

Subproceso 1. Administración del Fondo Local de Salud (FLS)

Se orienta hacia el establecimiento de un manejo adecuado de los recursos que se destinan a mantener y aumentar la cobertura en salud

Primero se crean o modifican los FLS a través del acuerdo municipal. Se diseña un capítulo especial anual del presupuesto municipal con las respectivas subcuentas de ingresos y gastos, el cual es posteriormente aprobado por el Concejo municipal.

Subproceso 2. Planeación de la gestión financiera,

Se establecen las fuentes y los montos de los recursos que se aplicarán a pago de la UPC-S, para la población beneficiaria a través de la identificación de ésta y de la focalización del gasto social. Mediante el cruce de las metas de cobertura y la posible disponibilidad de recursos financieros se hace el plan de ingresos y coberturas.

El diseño técnico del plan presentado por el Director de Salud con el aval político del Alcalde, se discute con entidades del municipio, en especial el Consejo Territorial de Seguridad Social (CTSSS), la comunidad, y otros actores sociales, para establecer bases de concertación y factibilidad del Plan antes de elaborar el presupuesto y de ser presentado ante el Concejo municipal.

Subproceso 3. Administración del presupuesto municipal de ingresos,

Concertación, discusión, modificación y ejecución de los recursos destinados a salud. Se establece un diseño del anteproyecto del presupuesto con los anexos técnicos y económicos del proyecto. El Concejo acepta los ajustes de la administración, ratifica y remite el proyecto de presupuesto al Alcalde para su sanción. El presupuesto se envía para su revisión jurídica al Gobernador.

Cuadro No. 59. Programación de las fuentes de recursos para el régimen subsidiado en el municipio

Fuente de recursos	Programar según:
SGP	Documento Conpes de cada año
FOSYGA	Acuerdos del CNSSS, hasta 2007. Desde 2008 por acto administrativo del MPS
ETESA	Informes de la distribución y giros
Recursos de las CCF	Convenios o contratos con el municipio; se ejecutan sin situación de fondos
Rentas cedidas del departamento	Ordenanzas departamentales
Recursos aportados por los gremios	Convenios o contratos

Fuente de recursos	Programar según:
Recursos propios municipales	Estimativos en el presupuesto anual del municipio

Subproceso 4. Administración del presupuesto municipal de gastos,

Amparado principalmente en la Ley de apropiaciones, establece un conjunto de valores máximos autorizados por cada rubro.

Además de complementar el subproceso de administración del presupuesto municipal de ingresos, se expiden los certificados de disponibilidad presupuestal para la firma y legalización de los contratos de aseguramiento, elabora el registro presupuestal de los contratos perfeccionados, acepta las facturas bimestrales de las EPS-S, expide las órdenes de pago, y liquida los respectivos contratos. Al cierre de la vigencia fiscal se constituyen las reservas presupuestales y las cuentas por pagar.

Subproceso 5. Administración de la tesorería,

Permite la protección y garantía del flujo oportuno de los recursos, mediante el recaudo, gestión, giro y pago, según el programa anual mensualizado de caja - PAC. En el PAC se integran las operaciones de caja y la adquisición de los compromisos del municipio y del FLS.

Subproceso 6. Rendición de subcuentas y evaluación

Cada uno de estos subprocesos se acompaña de las actividades de seguimiento al flujo de los recursos disponibles para la ejecución de actividades del régimen subsidiado en el municipio, en el que es indispensable involucrar a las organizaciones de usuarios y a la comunidad en general.

Se convoca para la presentación del informe al CTSSS y a las organizaciones comunitarias de salud. Se debe apoyar la conformación del comité de participación comunitaria y de la Asociación de Usuarios del Régimen Subsidiado.

D. Identificación, selección y priorización de beneficiarios[121]

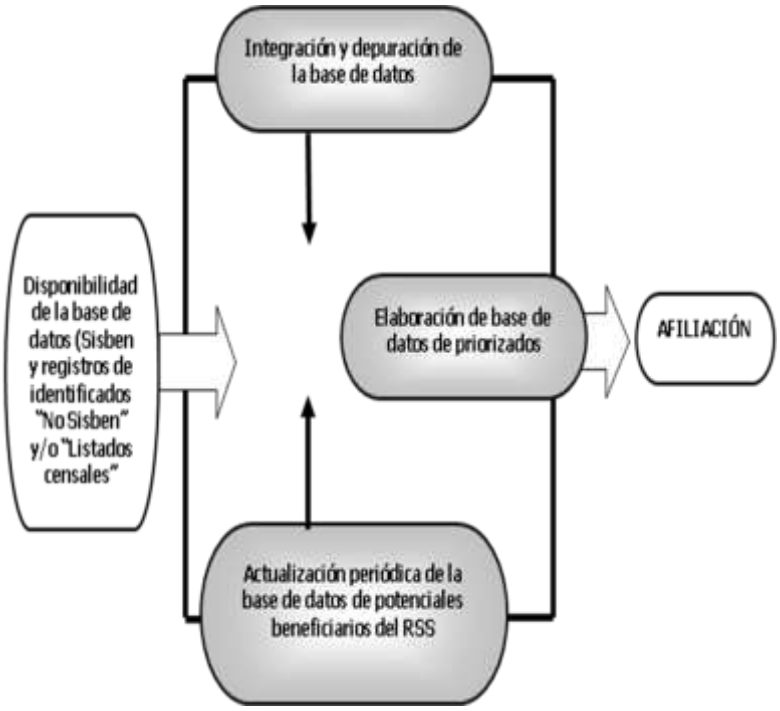
[121] Véase en esta misma sección el numeral b "Beneficiarios del régimen subsidiado"

El uso adecuado de la asignación de subsidios para la salud procura que el Gobierno los destine a los grupos de la población más necesitados o más vulnerables y para el mejoramiento de las situaciones de inequidad existente.

El proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios del régimen subsidiado tiene por objeto habilitar, en el ámbito municipal, a las personas pobres y vulnerables para que reciban los beneficios de la afiliación al régimen subsidiado de salud, accedan a los servicios del Plan Obligatorio de Salud del régimen Subsidiado y ejerzan su derecho a la salud.

El proceso se inicia a partir de la sistematización de los resultados de la aplicación de la encuesta SISBEN y la disponibilidad de tal información por parte de la Dirección Local de Salud. Además, se debe contar con la información recibida de parte de las instituciones responsables de los listados de personas identificadas con criterios diferentes a la encuesta SISBEN (Los listados censales).

Gráfico No 62. **Mapa del proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios**



Fuente: Caja de Herramientas. Ministerio de la Protección Social, 2005

Subproceso 1. Integración y depuración de la base de datos de potenciales beneficiarios

Tiene por objeto consolidar en un solo archivo magnético la base de datos de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado en salud.

Subproceso 2. Elaboración de base de datos inicial de priorizados

Tiene por objeto aplicar los criterios de priorización definidos en las normas, para que las personas en situación de mayor pobreza y/o vulnerabilidad queden habilitadas para recibir los subsidios de salud.

Subproceso 3. Actualización periódica de la base de datos de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado

Tiene por objeto mantener actualizada la base de datos de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado en salud.

El producto final del proceso es la disponibilidad, por parte de las EPS-S, de la base de datos de los potenciales beneficiarios priorizados, para que se inicie el proceso de afiliación.

Metodología de interventoría del régimen subsidiado

La Resolución 660 de 2008, "por la cual se reglamenta la prestación de los servicios de interventoría del Régimen Subsidiado, se determinan las condiciones de habilitación para las entidades interventoras, se señalan los parámetros generales para la realización del Concurso de Méritos, y se dictan otras disposiciones" establece una Metodología de interventoría del régimen subsidiado y que los municipios y distritos (solos o asociados) deben contratar la interventoría del régimen subsidiado con una entidad externa debidamente habilitada por el departamento o distrito capital a través de concurso de méritos.

La Interventoría del Régimen Subsidiado se define allí como "Proceso permanente dirigido a fortalecer la operación del Régimen Subsidiado y verificar el cumplimiento de las obligaciones del contrato de aseguramiento para garantizar el acceso de la población al SGSSS, bajo los principios de calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia" y "herramienta de acompañamiento, seguimiento, verificación y evaluación de la operación del régimen subsidiado en la entidad territorial"

Cuadro No. 60. Informes de la interventoría de régimen subsidiado

INFORME	PLAZO DE ENTREGA	CONTENIDOS MÍNIMOS
Informe de diagnóstico:	Dentro de los dos meses siguientes al inicio del contrato de interventoría	• Diagnóstico del municipio • Plan de mejoramiento • Plan de trabajo de la entidad interventora
Informe de evaluación y seguimiento:	Bimensual	• Actividades de seguimiento al plan de mejoramiento • Cumplimiento del plan de trabajo
		• Actividades sobre las obligaciones del contrato de aseguramiento • Informe de las visitas de interventoría efectuadas a las EPS e IPS
Informe final:	Al término del contrato de interventoría	• Preliquidación de los contratos • Resumen de los pagos efectuados a las EPS-S • Revisión de tutelas y quejas y reclamos

Los objetivos de la interventoría del régimen subsidiado son cuatro: verificación del cumplimiento del marco normativo, eficiencia, eficacia e información.

Etapas de la interventoría de régimen subsidiado

La interventoría, como proceso de mejoramiento continuo de la gestión del régimen subsidiado, se debe desarrollar en tres etapas, cada una de las cuales implica las siguientes obligaciones a cargo de la entidad interventora, así:

Gráfico No 63. Ciclo de la Interventoría del Régimen Subsidiado

Fuente: Anexo técnico Resolucióin 660 de 2008

La etapa de diagnóstico y planificación de la interventoría debe permitir identificar el estado inicial en el que se encuentran los procesos de gestión del régimen subsidiado con el fin de determinar áreas críticas de seguimiento. La entidad interventora previa aplicación de los instrumentos de diagnóstico entrega un informe de los resultados y un plan de mejoramiento (de ser necesario). Involucra la verificación y evaluación de los procesos de identificación, selección y priorización de beneficiarios; afiliación; contratación; y gestión financiera.

La etapa de seguimiento a los procesos de gestión del régimen subsidiado implica la verificación de estos mismos procesos. En cuanto al seguimiento al contrato de aseguramiento, se debe hacer verificación de suscripción y legalización de contratos de aseguramiento; estructura y validez de las novedades; acceso a los servicios de salud; acciones de promoción y prevención; gestión financiera de los recursos del régimen subsidiado; atención al usuario y de los mecanismos de participación social.

En la etapa de cierre (resultados y liquidación de contratos de aseguramiento), se brinda una comunicación formal de los resultados obtenidos en el plan de mejoramiento y se suministran los insumos para liquidación de los contratos de aseguramiento.

Las actividades y orientación de la interventoría del régimen subsidiado se cimentan en concurrir, prevenir, vigilar, informar y verificar.

9.4 Regímenes excepcionados

La Ley 100 de 1993 en su artículo 279 establece que el Sistema de Seguridad Social Integral SSSI (Pensiones, Salud y Riesgos Profesionales) no se aplica a:

- Miembros de fuerzas militares y de la policía nacional
- Personal vinculado al fondo nacional de prestaciones sociales del magisterio
- Servidores públicos y pensionados de ECOPETROL
- Personal regido por el Decreto-Ley 1214 de 1990 (régimen prestacional civil del Ministerio de Defensa y la Policía Nacional)
- Miembros no remunerados de corporaciones públicas
- Trabajadores de empresas que al empezar esta Ley se encontraran en concordato

El artículo 280 de la Ley 100 de 1993 establece además que "Los aportes para los fondos de solidaridad en los regímenes de salud y pensiones […] son obligatorios en todos los casos y sin excepciones".

Unos años más tarde, el artículo 1o. de la Ley 647 de 2001, "por la cual se modifica el inciso 3o. del artículo 57 de la Ley 30 de 1992" establece que "El carácter especial del régimen de las universidades estatales u oficiales, comprenderá la organización y elección de directivas, del personal docente y administrativo, el sistema de las universidades estatales u oficiales, el régimen financiero, el régimen de contratación y control fiscal y su propia seguridad social en salud, de acuerdo con la presente ley" (subrayado fuera del original).

Condensando estas disposiciones, la Resolución 1408 de 2002 del entonces ministerio de salud, "Por la cual se definen los formatos para el giro de recursos por aportes de miembros adicionales del grupo familiar y los formatos para la autoliquidación de aportes de afiliados de los Regímenes de Excepción y de los Regímenes Especiales, con relaciones laborales o ingresos adicionales sobre los cuales estén obligados a cotizar al SGSSS" establece que "se entenderán por Régimen de Excepción las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, ECOPETROL, y Régimen Especial de las Universidades Públicas que se acogieron a la Ley 647 de 2001".

Antes, el Decreto 1795 de 2000 del Ministerio de Defensa estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional – SSMP. La Fuerza Pública, a su vez, está integrada por las Fuerzas Militares y la Policía Nacional (Constitución Nacional, artículo 216).

Con base en estas consideraciones, los regímenes excepcionados son tratados en este libro de manera articulada como figura en este cuadro[122]:

- ❖ Regímenes de Excepción (Ley 100 de 2003)
  - ➢ Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio
  - ➢ Fuerzas Armadas
  - ➢ ECOPETROL
- ❖ Régimen Especial (Ley 647 de 2001)
  - ➢ Universidades Públicas

Con relación a la conexidad y movilidad con respecto al régimen contributivo, el Decreto 047 de 2000 en su artículo 7 establece que "las personas que se encuentren excepcionadas por Ley para pertenecer al [SGSSS "…] no pueden utilizar los servicios del Sistema como beneficiarios de sus cónyuges, compañeros permanentes o hijos del cotizante. De igual manera el grupo familiar debe estar inscrito en uno sólo de los dos regímenes, pudiendo elegir el cónyuge cotizante que no pertenece al régimen de excepción afiliarse a éste y trasladar allí los recursos de su cotización.

"Cuando la persona que está afiliada a un régimen de excepción por cualquier evento u orden judicial reciba servicios de salud de una EPS o IPS que no haga parte de la red de servicios del régimen de excepción, existirá obligación de estas entidades de solicitar el reembolso al régimen de excepción al cual pertenece el usuario […]. El plazo máximo para el reembolso es de 30 días contados a partir de la fecha de presentación de la cuenta.

"En el evento en que no exista cobertura en el régimen especial, el afiliado debe cancelar directamente el valor de los servicios prestados."

[122] En esta sección, como en todo el libro, sólo se tratará acerca de las prestaciones en salud de los regímenes excepcionados, comprendiendo lo que se relacione con riesgos profesionales, de acuerdo a los objetivos del libro. Otros componentes pensionales y de protección laboral se dejan para los textos especializados en estos temas.

Por otra parte, el Decreto 941 de 2002 en su artículo 14, establece que cuando la persona afiliada tenga ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al SGSSS, el empleador efectuará la cotización al FOSYGA. Si el régimen no prevé la cobertura del grupo familiar, el cónyuge debe pertenecer al régimen contributivo.

9.4.1 Sistema de Salud del Magisterio (SSM)[123]

El SSM es un sistema que ofrece servicios de atención en salud y en riesgos profesionales a los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio FNPSM con el propósito de mantener y mejorar las condiciones de salud de esta población.

La Ley 91 de 1989 crea el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio FNPSM como una cuenta especial de la Nación, sin personería Jurídica, con independencia patrimonial, contable y estadística, cuyos recursos son manejados por una entidad Fiduciaria estatal o de economía mixta (La Previsora), con el fin de administrar los recursos de seguridad social de los docentes afiliados, que incluye la prestación de los servicios de salud y el pago de sus prestaciones económicas. El artículo 5 establece que el FNPSM, tendrá como objetivo garantizar la prestación de los servicios médico-asistenciales, que contratará con entidades de acuerdo con instrucciones que imparta el Consejo Directivo del Fondo.

La Ley 812 de 2003 establece que el valor total de la tasa de cotización por los docentes afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio corresponderá a la suma de aportes que para salud y pensiones establezcan las leyes 100 de 1993 y 797 de 2003, manteniendo la misma distribución que exista para empleadores y trabajadores.

Fuentes de recursos del FNPM

Los recursos del FNPM provienen de:

- El 4% del sueldo básico mensual

[123] Tomado de la normatividad vigente y de la página web del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio FNPSM www.fomag.gov.co (Consultado: marzo de 2008)

- Las cuotas personales de inscripción
- Aporte de la Nación equivalente al 8,5% mensual liquidado sobre los factores salariales (según Ley 1122 de 2007)
- Aporte de la Nación equivalente a una doceava anual
- La mesada pensional
- El 5 por mil de la nómina de los docentes
- Porcentaje del IVA que las entidades territoriales destinen para el pago de las prestaciones del Magisterio.
- Sumas que debe recibir de la Nación y de las entidades territoriales por concepto de las prestaciones sociales adeudadas
- Utilidades de las inversiones

Características del Régimen especial:

- La excepcionalidad del régimen para los docentes y sus beneficiarios se mantiene
- No se cobran copagos para ningún servicio ni a afiliados ni a beneficiarios, ni cuotas adicionales a los aportes de Ley
- Atención o tratamiento de todo tipo de patologías a los afiliados y sus beneficiarios
- No existen períodos mínimos de cotización

Ámbito geográfico:

- Unificación e integralidad en el plan de beneficios en todas las entidades territoriales
- El territorio de prestación de servicios se fija en 8 regiones en busca de mejorar accesibilidad, oportunidad y calidad de los servicios
- En cada región y de acuerdo con la oferta de servicios, se dispone de varias alternativas de prestadores para elección de los afiliados. Se prescribe cambio de prestador por insatisfacción con el servicio, en los períodos establecidos

Grupo familiar del SSM:

Cotizantes:	o Todos los docentes afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (activos y pensionados) o Beneficiaros de sustitución pensional
Beneficiarios de cotizantes al Fondo:	o El cónyuge del docente afiliado o compañero(a) permanente del docente afiliado, cuya unión sea superior a dos años o Los hijos de los educadores hasta los 18 años o Los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente y dependencia económica del afiliado o Los hijos entre 19 y 25 años con dependencia económica total de los educadores afiliados y que acrediten su condición de estudiante de dedicación exclusiva (se incluye en la cobertura el período vacacional académico) o Los nietos de los educadores hasta los primeros treinta (30) días después del nacimiento, siempre y cuando se demuestre dependencia del hijo del educador padre o madre del nieto o Los padres de los educadores solteros y sin hijos, mientras no estén pensionados y dependan económicamente de éste

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad:

- Promoción de estilos de vida saludables
- Identificación precoz de patologías
- Programas dirigidos a poblaciones especiales (madre, niño, trabajador, adulto mayor, pensionados, discapacitados)
- Programas de salud general (alimentación y nutrición, salud oral, salud mental, prevención de accidentes)

- Programas para la prevención, protección y control de enfermedades prevalentes dentro del perfil de morbimortalidad de la región
- Embarazo, parto o puerperio (controles prenatales, preparación física y psicológica para el parto a través del curso psicoprofiláctico, educación para la lactancia y el afecto, control y seguimiento posparto, inmunizaciones)

En menores:	En adultos:
• Seguimiento y evaluación del crecimiento y desarrollo psicomotor y afectivo • Protección específica contra las enfermedades inmunoprevenibles • Prevención y control de caries dental y enfermedad periodontal • Diagnóstico precoz y tratamiento clínico de los defectos de audición, lenguaje, visión y locomoción	• Identificación, seguimiento y control de enfermedades crónicas • Control odontológico periódico • Consulta de seno • Prevención, identificación, seguimiento y control de enfermedades prevalentes

Plan de beneficios

Los afiliados y beneficiarios del régimen especial de salud del Magisterio tienen derecho a los servicios tanto preventivos como curativos para el mantenimiento de su salud, e incluye acciones en:

Atención en Medicina y Odontología en todos los niveles de complejidad:	Con apoyo asistencial según se requiera, con base en criterios de racionalidad técnico científica y acceso a la biotecnología disponible en el país, incluyendo trasplantes o tratamientos de enfermedades catastróficas o de alto costo y tratamiento de alcoholismo a los afiliados cuya condición patológica afecte la prestación de servicios educativos.

Atención de urgencias:	El usuario tiene derecho a ser atendido por urgencias en todo el país, previa acreditación de derechos, presentando carné de afiliación y documento de identidad En el caso de atenciones fuera de su región sede, el usuario debe informarse y asistir a la red que el contratista tenga implementada en las diferentes regiones del país, disponiendo de ambulancia u otro medio de transporte para su desplazamiento, si su condición clínica lo amerita
Atención especializada:	Incluye las atenciones disponibles en el país en las diferentes especialidades y subespecialidades médicas y odontológicas. La atención odontológica especializada involucra atenciones de Endodoncia, Odontopediatría, Periodoncia y Cirugía.
Ayudas diagnósticas:	Laboratorio clínico básico y especializado, imaginología básica y especializada, electrodiagnóstico, otros exámenes especializados.
Complementación terapéutica:	Nutrición, psicología, terapias (respiratoria, física, del lenguaje, ocupacional), ortóptica y pleóptica, tratamientos especiales (entre otros: quimio y radioterapia, cobaltoterapia, antitumorales, tratamientos VIH, etc.), trasplantes de órganos, prótesis y órtesis, suministro de lentes, transporte (ambulancia)
Suministro de medicamentos:	Suministro total de medicamentos autorizados por el Invima y que se comercialicen en el territorio nacional, con un Listado Básico de Medicamentos o Guía Terapéutica para introducir mecanismos de control que permitan abordar efectivamente los problemas más frecuentemente evidenciados en el funcionamiento de este modelo. Si el profesional de la salud de la red del contratista indica justificadamente un medicamento, debe ser suministrado.
Hospitalización y cirugía:	Hospitalización en habitaciones bipersonales, salvo cuando por indicación médica se determine que sea unipersonal.
Alto costo:	Sin exclusiones, preexistencias ni periodos mínimos de cotización siempre que el procedimiento pueda realizarse en el país.

Salud ocupacional:	Programa de salud ocupacional del magisterio con la finalidad de prevenir cualquier daño en la salud de los docentes derivada de su actividad laboral y generar una cultura de vida saludable al interior de las instituciones educativas. Incluye acciones en: detección de alteraciones en el sistema osteomuscular, salud mental, terapia de lenguaje, tamizaje visual y auditivo, acciones de medicina laboral, programas de vigilancia epidemiológica en salud ocupacional, conformación de brigadas, higiene y seguridad industrial, medicina del trabajo, accidentes de trabajo, adecuada valoración y orientación de problemas derivados de actividad ocupacional, educación en hábitos ergonómicos y prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, rehabilitación integral de la incapacidad acontecida por causa de enfermedad general o profesional, incapacidades
Reembolsos:	Si el usuario hace uso de los servicios por una red diferente de la establecida por el contratista, por razones claramente documentadas y justificadas por la entidad tratante, le son reembolsados los costos previstos, teniendo como referencia las tarifas SOAT.
Exclusiones:	Tratamientos de infertilidad; tratamientos y medicamentos relacionados con la impotencia y frigidez; tratamientos considerados estéticos, cosméticos o suntuarios y los no encaminados a la restitución de la funcionalidad perdida por enfermedad; todos los tratamientos quirúrgicos o de medicamentos considerados experimentales o los no autorizados por las sociedades científicas debidamente reconocidas en el país. Se excluyen expresamente todos los tratamientos médico quirúrgicos que no puedan ser realizados en el país, los medicamentos no autorizados por el invima, tratamientos de ortodoncia no preventiva, tratamientos de rehabilitación oral con fines estéticos, tratamientos para la obesidad con fines estéticos y tratamientos de alcoholismo o drogadicción a los beneficiarios, excepto en sus fases agudas. Igualmente se excluyen artículos suntuarios, cosméticos, complementos vitamínicos, líquidos para lentes de contacto, lágrimas artificiales, tratamientos capilares, champús, jabones, leches, cremas hidratantes, antisolares, drogas para la memoria o impotencia sexual, edulcorantes o sustitutos de la sal, anorexígenos, enjuagues bucales, cremas dentales, cepillo y seda dental.

9.4.2 Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP)

La Fuerza Pública está integrada en forma exclusiva por las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, según lo dispone la Constitución Nacional en su artículo 216

El principio sobre el cual se fundamenta la existencia del régimen especial para las fuerzas armadas radica en el carácter de su actividad, consistente en enfrentar el conflicto social y controlar el orden público a riesgo de la integridad personal.

Por medio de la Ley 352 de 1997 se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. Dos decretos reglamentarios organizan el SSMP:

- Decreto 1795 de 2000 del Ministerio de Defensa: "Por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional" – SSMP.
- Decreto-Ley 1214 de 1990: Régimen prestacional civil del Ministerio de Defensa y la Policía Nacional

De acuerdo con el decreto 1795 de 2000 el SSMP tiene como objeto "prestar el servicio de sanidad inherente a las operaciones militares y del servicio policial como parte de su logística militar y además brindar el servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y sus beneficiarios". Los principios del SSMP son calidad, ética, eficiencia, universalidad, solidaridad, protección integral y equidad y tiene como características propias autonomía, descentralización y desconcentración, integración funcional, independencia de los recursos, atención equitativa y preferencial, racionalidad y unidad.

Igualmente se define Sanidad como "un servicio público esencial de la logística militar y policial, inherente a su organización y funcionamiento, orientada al servicio del personal activo, retirado, pensionado y beneficiarios".

Gráfico No 64. **Estructura orgánica del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP)**

Fuente: Página Web. Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional

Las entidades responsables del SSFM son el Ministerio de defensa nacional; la Caja de retiro de las FFMM; la Caja de retiro de la policía nacional y demás entidades del sector defensa.

- Son integrantes del sistema de salud de las Fuerzas Militares: Comando General de las Fuerzas Militares, Dirección General de Sanidad Militar, Ejercito Nacional, Fuerza Aérea FAC, Armada Nacional ARC y Hospital Militar Central - HMC.
- Son integrantes del sistema de salud de la Policía Nacional: Policía Nacional y Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.

Afiliados al SSMP

Los afiliados al SSMP se clasifican en cotizantes y no cotizantes, recibiendo, todos por igual, el mismo plan de beneficios:

Afiliados sometidos al régimen de cotización	○ Miembros de las FFAA o PONAL activos ○ Miembros de las FFAA o PONAL en retiro o pensionados ○ Soldados voluntarios ○ Servidores públicos, pensionados de las entidades descentralizadas adscritas o vinculadas, personal civil activo o pensionado del Ministerio de Defensa Nacional ○ Personal no uniformado activo y pensionado de la Policía Nacional ○ Beneficiarios de pensión por muerte o de asignación de retiro de los anteriores grupos
Afiliados no sometidos al régimen de cotización	○ Alumnos de las escuelas de formación de oficiales y suboficiales ○ Personas que se encuentren prestando el servicio militar obligatorio

Beneficiarios de los afiliados sometidos al régimen de cotización en el SSMP:

a) El cónyuge o compañero(a) permanente del afiliado

b) Los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que hagan parte del núcleo familiar

c) Los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos menores de 25 años que sean estudiantes con dedicación exclusiva

d) A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente e hijos con derecho, la cobertura familiar puede extenderse a los padres del afiliado

Los afiliados no sujetos al régimen de cotización no tienen beneficiarios respecto de los servicios de salud.

Plan de servicios de sanidad militar y policial

Cubre la atención integral para los afiliados y beneficiarios del SSMP para enfermedad general y maternidad, en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación y a que se les suministre dentro del país asistencia médica, quirúrgica, odontológica, hospitalaria, farmacéutica y demás servicios asistenciales en Hospitales, Establecimientos de Sanidad Militar y Policial y de ser necesario en otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS.

Un concepto inherente a este régimen especial es el de Salud Operacional, que se refiere a "las actividades en salud inherentes a las Operaciones Militares y del Servicio Policial y las actividades de salud especializada que tienen por objeto prevenir, proteger y mantener la aptitud psicofísica especial, que deben tener en todo tiempo los efectivos de las Fuerzas Militares y Policiales, para desempeñarse con seguridad y eficiencia en las actividades propias de cada Fuerza".

La Salud Ocupacional a su vez está orientada mantener y mejorar la salud individual y colectiva del personal en sus ocupaciones habituales y la Medicina Laboral a la evaluación de aptitud psicofísica al personal y la determinación del tiempo de incapacidad y del grado de invalidez del personal. El SSMP también garantiza la Atención de los Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional – ATEP.

Fuentes de recursos de la sanidad militar y policial

La financiación proviene de las siguientes fuentes:

- Cotización del 12,5% mensual del ingreso base de cotización de los aportantes: 4% a cargo del afiliado y 8,5% a cargo del Estado, como aporte patronal (según Ley 1122 de 2007)
- Presupuesto Per Cápita para el Sector Defensa (PPCD): Equivalente a la UPC-C para el total de afiliados y beneficiarios
- El Presupuesto Nacional concurre (además del aporte patronal) con la diferencia entre PPCD y las UPC-C.
- Aportes territoriales si hay atención de servicio a la comunidad
- Per Cápita por afiliados no cotizantes
- Otros ingresos

Con el fin de racionalizar el uso de los servicios y contribuir a financiar el costo de los mismos, los beneficiarios están sujetos a pagos compartidos y cuotas moderadoras. Pagan cuotas moderadoras la consulta médica, odontológica y paramédica general y especializada; exámenes y procedimientos de diagnóstico por laboratorio e imaginología; procedimientos terapéuticos. No están sujetos los servicios de promoción y prevención, programas de control en atención materno infantil, programas de control en atención de las enfermedades transmisibles, enfermedades catastróficas o de alto costo, la atención inicial de urgencias.

Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares SSFM

El Ministerio de Defensa Nacional es responsable de preparar los proyectos de Ley y decreto relacionados con la salud de las FFMM; la Dirección General de Sanidad Militar (DGSM) administra los recursos e implementa las políticas, los planes y programas que coordine el comité de salud de las FFMM; el Comité de salud de las FFMM debe evaluar los Establecimientos de Sanidad Militar ESM, conceptuar sobre el anteproyecto de presupuesto, coordinar el desarrollo de políticas, planes y programas. Por su parte las Fuerzas Militares (EJC, FAC, ARC) son las encargadas de prestar los servicios de salud a través de las direcciones de sanidad por medio de los ESM y el Hospital Militar Central HMC.

El número de personas que pertenecen al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares a 2004, según datos de la Dirección de Sanidad, es de 536.335 lo que equivale a más de $16.800 millones.

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares dispone de una red de 139 establecimientos asistenciales de los distintos niveles, distribuidos en cinco regionales. Los establecimientos están distribuidos por fuerzas que en la práctica le prestan básicamente el servicio a los afiliados y beneficiarios de su respectiva arma

Subsistema de Salud de la Policía Nacional

El Ministerio de Defensa Nacional es responsable de preparar los proyectos de Ley y decreto relacionados con la salud de las FFMM; la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional (DSPN) administra los recursos e implementa las políticas, los planes y programas que coordine el CSSMP y los planes y programas que coordine el Comité de Salud de la Policía Nacional. Los Establecimientos de Sanidad Policial - ESP, hacen parte de la seguridad Nacional y tienen como

objeto la prestación de los servicios de salud a los afiliados y beneficiarios del Subsistema, como dependencias de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.

La Ley 62 de 1993 crea el Instituto para la Seguridad Social y el Bienestar de la Policía Nacional, con las mismas características normativas de su par de las fuerzas militares, pero, a diferencia de éste, atiende además de la salud otros aspectos como educación, recreación, vivienda y readaptación laboral.

Personal civil del Ministerio de Defensa y la Policía Nacional

El Decreto 1214 de 1990 del Ministerio de Defensa Nacional "reforma el estatuto y el régimen prestacional civil del Ministerio de Defensa y la Policía Nacional" y es aplicable al personal civil que presta sus servicios en el Ministerio de Defensa, la Policía Nacional y en la Justicia Penal Militar y su Ministerio Público (empleados públicos y trabajadores oficiales).

Este decreto en su Título VI "Seguridad y bienestar social", Capítulo I "Prestaciones en actividad", trata en sus tres primeras secciones de Prestaciones médico-asistenciales. Los empleados públicos del Ministerio de Defensa y de la Policía Nacional, tienen derecho a que por la respectiva entidad donde trabajen se les preste asistencia médica, quirúrgica, odontológica, servicios hospitalarios y farmacéuticos para ellos, su cónyuge e hijos menores de veintiún (21) años, salvo los hijos inválidos absolutos y los estudiantes hasta la edad de veinticuatro (24) años, cuando se demuestre que dependen económicamente del empleado, con tarifas para la prestación a los beneficiarios de los empleados públicos del Ministerio de Defensa y de la Policía Nacional.

Los empleados públicos del Ministerio de Defensa y de la Policía Nacional cotizan con un cinco por ciento (5%) de su sueldo básico mensual con destino a la Sanidad respectiva. A su vez, los pensionados del Ministerio de Defensa y de la Policía Nacional cotizan con el 5% de su pensión, con destino al respectivo Fondo Asistencial de Pensionados, sin derecho a inscribir beneficiarios a menos que pague un aumento del porcentaje de cotización para inscribir a su cónyuge y sus hijos menores o inválidos absolutos que les dependan económicamente.

En cuanto a auxilios por Enfermedad [General] se tiene que en caso de incapacidad, los empleados públicos del Ministerio de Defensa y de la Policía Nacional tienen derecho a que se les pague el sueldo o salario completo hasta por doce (12) meses, y cuando la enfermedad se prolongue más el empleado tendrá derecho a asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria hasta por doce (12) meses más, pero sin derecho a remuneración.

Y en lo relacionado a auxilios por Maternidad, las empleadas del Ministerio de Defensa y de la Policía Nacional, en estado de embarazo tienen derecho en la época del parto, a una licencia de 8 semanas remuneradas o de 2 a 4 semanas, según concepto del médico tratante, en caso de aborto.

En otro apartado se trata acerca de las prestaciones por incapacidad sicofísica.

En lo relacionado con Enfermedad Profesional y Accidente de Trabajo se tiene, para calcular la indemnización, un índice de lesión fijado por la Sanidad Militar o de la Policía Nacional de conformidad con el Reglamento de Incapacidades, Invalideces e Indemnizaciones del personal de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, pero si la incapacidad está relacionada con acciones en combate, la indemnización es del doble. Igualmente hay un régimen pensional por invalidez permanente. La calificación de la invalidez se hace por medio de los organismos médico laborales militares y de la Policía Nacional.

9.4.3 Régimen de salud de ECOPETROL

El marco reglamentario del sistema de salud de ECOPETROL está establecido por:

- Régimen convencional
- Acuerdo 01 de 1977 ECOPETROL
- Reglamento de salud (actualización julio de 2005)

Para la atención en salud de sus funcionarios la Empresa Colombiana de Petróleos ECOPETROL ha establecido dos grandes grupos:

- Personal convencional: cuyos servicios se rigen por los acuerdos establecidos en la convención colectiva de trabajo de los años 1999 y 2000, modificada por el laudo arbitral de 2003. Rige para el personal convencional, en su mayoría sindicalizados.
- Personal directivo: se encuentra regido por el Acuerdo Nº 01 de 1977 y Junta Directiva de ECOPETROL, independientemente de si el contrato es indefinido o a término fijo.

La prestación de servicios de salud en ambos grupos es la misma, la diferencia radica en algunas tarifas de reconocimiento integral en el valor por viatico o auxilio médico que se le da al beneficiario convencional con respecto al directivo.

La actualización de los beneficios de la convención colectiva son incluidas en el acuerdo 01 de 1977. En la actualidad, aproximadamente el 65% de los trabajadores se acogen a la convención colectiva 2006-2009 y el 35% restante al acuerdo 01 de 1977.

ECOPETROL cuenta con una red propia y de profesionales adscritos, distribuidos geográficamente.

Convención colectiva

La convención colectiva de trabajo estipula, en el capítulo VI sobre "servicios médicos", que "La empresa mantendrá, en el mejor estado de salud posible, al trabajador y sus familiares debidamente inscritos, para lo cual prestará directamente y en forma integral los servicios médicos, paramédicos, odontológicos, de rehabilitación, hospitalarios, medicina alternativa y auxiliares, a través de profesionales idóneos y mediante procedimientos científicamente inobjetables".

En caso de servicios médicos no disponibles que impliquen desplazamiento de trabajador o el familiar, se le reconoce transporte, alojamiento y viáticos; cuando el trabajador obre como acompañante, si es necesario, se le reconoce permiso remunerado, pasajes y préstamo sin intereses.

También existe un auxilio médico por tratamiento ambulatorio cuando ocurre una urgencia por fuera del lugar de residencia del trabajador.

Al beneficiario y familiares se les reconocen anteojos y lentes de contacto, así como reposición por rotura o reemplazo.

Los familiares de beneficiarios de trabajadores temporales de más de tres años reciben los servicios de salud a través una EPS que, por medio de su red de IPS, propia o adscrita en el territorio nacional presta los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud – POS, más un programa de atención complementaria. Los trabajadores temporales y sus familias cuentan con un periodo de protección laboral en que siguen teniendo derecho a los servicios de 2 ó 3 meses después, según la antigüedad.

Acuerdo 01 de 1977 de ECOPETROL

El acuerdo 01 de 1977 establece que ECOPETROL presta los servicios de salud en forma integral y de acuerdo con las normas, mediante los sistemas de atención establecidos en las diferentes regiones del país. El plan comprende las formas de atención médica y odontológica (clínica y

quirúrgica, ambulatoria y hospitalaria, programada y de urgencias) terapias complementarias (alternativas) y servicios de apoyo diagnostico y terapéutico indispensables para el mantenimiento y la recuperación de la salud del beneficiario. Solo se exceptúan del plan los procedimientos cosméticos o de cirugía estética, la fertilización por medios artificiales y los tratamientos con implantes odontológicos.

El Acuerdo 01 1977 establece además beneficios adicionales en salud como extensión a familiares, auxilio por incapacidad del empleado, continuidad de los servicios al fallecimiento del empleado, periodos de protección laboral y la no aplicación de periodos de carencia.

Beneficiarios

Los servicios, suministros y el auxilio económico por tratamiento ambulatorio contemplados en el Plan de Salud se extienden a los familiares inscritos del empleado directivo.

El beneficiario de ECOPETROL (trabajador, jubilado o pensionado) puede inscribir como familiares a: padres o padres adoptantes; esposa o compañera permanente inscrita (las trabajadoras sólo pueden inscribir a su esposo o compañero bajo determinadas condiciones); hijos menores de 18 años o mayores si están cursando educación formal o sufren invalidez; hijas solteras con o sin hijos que sean dependientes. El trabajador separado o divorciado puede inscribir su compañera permanente. El trabajador viudo puede inscribir un pariente suyo o de sus hijos. Los hermanos y hermanas menores de 18 años reciben los servicios de salud a mitad de precio y lo restante se le deduce al trabajador en cuotas de $50 mensuales.

Con el fin de atender los gastos ocasionados por el tratamiento médico hospitalario de padres e hijos no inscritos, la Empresa otorga al trabajador préstamos hasta por una suma equivalente a un mes de salario básico pagaderos en 36 cuotas quincenales. Las deudas contraídas por el trabajador por concepto de servicios médicos y odontológicos, son exoneradas totalmente por la Empresa, al momento de su jubilación o pensión.

Plan de salud de ECOPETROL

El plan de salud de ECOPETROL es un conjunto de servicios que se presta a través de la red propia y adscrita en el territorio colombiano y brinda los siguientes servicios y suministros:

- Programas de promoción, educación y prevención en salud (además de lo prescrito en el SGSSS se tienen programas especiales en factores de riesgo cardiovascular, salud oral, evaluación periódica en salud y salud industrial)
- Medicina general y especializada
- Asistencia domiciliaria
- Odontología general y especializada: operatoria, ortodoncia, periodoncia, endodoncia, prostodoncia, odontopediatria, cirugía oral y maxilofacial
- Urgencias médicas y odontológicas
- Remisiones médicas y odontológicas dentro del país
- Medicamentos ambulatorios: La convención colectiva establece que "las drogas para los usuarios son suministradas gratuitamente por la empresa; cuando estas no se encuentren en farmacias de la empresa, ésta se compromete a adquirirlas en farmacias particulares"
- Servicios de apoyo diagnóstico: laboratorio clínico, patología y genética, imágenes diagnósticas -rayos X e imaginología-, electrodiagnóstico, estudios endoscópicos, audiometrías
- Servicios de apoyo terapéutico: terapia física, terapia ocupacional, terapia respiratoria, terapia de lenguaje, fonoaudiología, nutrición y dietología, optometría, ortóptica, psicología, enfermería y otros
- Atención hospitalaria con una sola categoría, la de mayor calidad excluyendo suites.
- Procedimientos quirúrgicos
- Maternidad y atención al recién nacido
- Suministros: optométricos, ortopédicos (prótesis internas y externas, calzado ortopédico, plantillas, órtesis, elementos y aparatos ortopédicos), médicos (prótesis auditivas, sondas etc.) y de laboratorio dental. Incluso muletas y sillas de ruedas de acuerdo a la convención colectiva. Los familiares deben pagar un porcentaje de las prótesis ortopédicas y auditivas.
- Rehabilitación: La cobertura para el beneficiario es del 100%
- Salud industrial y tratamiento de enfermedades profesionales

- Auxilios por tratamiento médico ambulatorio
- Cubrimiento de pre-existencias

Otros beneficios del plan otorgados por la empresa por intermedio de los departamentos de personal de cada unidad operativa son:

- Reembolsos para atención de urgencias en lugares donde no haya servicios médicos o de planta
- Pago de incapacidades
- Pago de licencias por maternidad
- Servicio de ambulancia
- Medicinas complementarias (acupuntura, auriculomedicina, homeopatía, terapia neural, medicina manual) y la prescripción y suministro de medicamentos homeopáticos, esencias florales y oligoelementos. Las medicinas complementarias son entendidas como disciplinas que utilizan enfoques diagnósticos o terapéuticos distintos al ortodoxo como parte de la estrategia de manejo y que no son antagonistas y no son excluyentes del manejo alopático u ortodoxo.

Existen límites al plan de salud en los casos de tratamiento de alcoholismo y drogadicción, que tiene una duración máxima de 36 meses continuos o discontinuos. Para los implantes dentales, se tratan de acuerdo con el protocolo establecido (sólo para edéntulos totales a quienes tratamientos convencionales no han funcionado).

La atención de urgencias es prestada en instalaciones de propiedad de la empresa o en las entidades de salud adscritas y designadas por la empresa. En estos casos el empleado puede recurrir a otros centros y posteriormente se le realiza el respectivo reembolso previa justificación e informe clínico.

Exclusiones:

Tratamientos médicos o quirúrgicos con fines estéticos o cosméticos; atención de complicaciones médicas o quirúrgicas generadas en procedimientos que no fueron previamente autorizados por ECOPETROL y que el beneficiario realizó por su propia cuenta; tratamientos (procedimientos, medicamentos o suministros) que no ofrezcan un verdadero impacto benéfico en el estado de salud

del beneficiario, que se encuentren en etapa de investigación o que no cuenten con la aprobación de las autoridades competentes a nivel nacional o mundial para su aplicación; suministro de elementos o productos farmacéuticos clasificados por el INVIMA como cosméticos; productos que son parte de la canasta familiar (cremas dentales, seda dental, jabones, champús, cremas suavizantes-cosméticas); suplementos nutricionales (salvo los casos definidos expresamente por los profesionales tratantes); leches maternizadas; glucómetro e insumos requeridos para su utilización; pañales desechables; técnicas artificiales de embarazo; escleroterapia en insuficiencia venosa periférica; ancianato; sala cuna; procedimientos estéticos durante la realización de un procedimiento quirúrgico con cargo a ECOPETROL; exámenes diagnósticos con fines distintos a los de salud (requisito para trámites especiales de trabajo, educación, seguros, requerimientos generados en procesos jurídicos, salidas al exterior o de deportes a excepción de aquellos definidos por salud industrial). Tampoco se cubren remisiones al exterior o asistencia en salud en el exterior para afiliados que viajen por su propia cuenta o que residan fuera del país; Cuando la empresa desplace a un trabajador el exterior en comisión de trabajo o estudio, le costeara un seguro médico que cubre su asistencia médica de urgencias, sin cubrir los familiares que el traslade.

Bonos en salud

Después de la segunda cita para consulta médica, odontológica y de urgencias, los trabajadores activos, jubilados y familiares inscritos, excepto los hijos, deben cancelar un bono. Después de la cuarta cita para consultas con especialistas los trabajadores activos, jubilados y familiares inscritos, excepto los hijos, deben cancelar un bono por un valor. El valor del bono actualmente es de $4.000. Los pensionados de la nómina convencional con mesadas iguales o inferiores de 2 SMMLV no pagan bono. Cuando la consulta de urgencia requiera de un procedimiento médico o que el paciente permanezca en observación el valor del bono es devuelto.

Se exceptúan de bono los casos de hospitalización, citas originadas por programas de promoción y prevención y urgencias por accidentes de trabajo.

9.4.4 Régimen especial de las universidades públicas

El artículo 1o. de la Ley 647 de 2001 establece que “El carácter especial del régimen de las universidades estatales u oficiales, comprenderá (…) su propia seguridad social en salud”.

Actualmente las siguientes instituciones tienen su propio régimen de salud, que por lo variopinto de funcionamiento y planes de beneficios no será considerado en este libro:

1. Fondo de Salud de la Universidad de Córdoba (Montería)
2. Fondo Prestaciones de la Universidad de Nariño (Pasto)
3. Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander (Bucaramanga)
4. Universidad de Antioquia-División de Salud (Medellín)
5. Caja de Previsión Social de la Universidad del Cauca (Popayán)
6. Servicio Médico de la Universidad de Caldas (Manizales)
7. Caja de Previsión Social de la Universidad Tecnológica del Chocó (Quibdó)
8. Caja de Previsión Social de la Universidad Nacional (Bogotá DC)
9. Servicio Médico de la Universidad del Valle (Cali)

9.5 Prestaciones en salud para la población no asegurada

9.5.1 Población pobre no asegurada

El artículo 157 de la Ley 100 de 1993 sobre "Tipos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud" establece en su numeral B que "Los participantes vinculados son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

Así mismo, según el artículo 32 del Decreto 806 de 1998 "Son vinculados al SGSSS las personas que no tienen capacidad de pago mientras se afilian al Régimen Subsidiado".

Subsidio a la oferta

El Decreto 1664 de 1994 (aclarado por los artículos 1 y 2 del Decreto 1614 de 1995) "por el cual se definen los gastos en salud financiables con las participaciones de inversión social (…)" define subsidio a la oferta para la atención de las personas en servicios asistenciales como "los recursos de origen fiscal destinadas a financiar los costos no cubiertos a través de los pagos directos o indirectos de los usuarios y canalizados a través de la financiación de la oferta de servicios prestados por las Empresas Sociales del Estado y las Instituciones de Prestación de Servicios, adscritas a las entidades territoriales. Los subsidios a la oferta se computan en los mismos presupuestos de las entidades y están presupuestados como parte de los recursos ordinarios de las Instituciones de Prestación correspondientes"

El subsidio a la oferta puede actualmente ser definido como el aporte económico a cargo del Estado dirigido a las ESE (o en algunos casos excepcionales a IPS privadas) con el fin de atender a la población perteneciente a los 1, 2 ó 3 de la encuesta SISBEN, así:

- Garantizar la atención de la población pobre no asegurada
- Complementación de servicios por subsidio a la oferta para los afiliados y beneficiarios a los regímenes contributivo y subsidiado, cuando requieren de servicios adicionales a los incluidos en

el POS-C y el POS-S respectivamente, a cargo de los departamentos (por el nivel de complejidad de los eventos no cubiertos):

- Afiliados al Régimen Subsidiado que requieran servicios no incluidos en el POS-S
- Afiliados al Régimen Contributivo identificados en los niveles 1, 2 ó 3 del SISBEN cuando no han cumplido con períodos mínimos de cotización y requieren servicios excluidos en estos períodos de carencia.

Los beneficiarios del subsidio parcial, actualmente en supresión, que requieran servicios no incluidos en el POS-S parcial, son responsabilidad de municipio y departamento según el nivel de complejidad del evento

Financiación del subsidio a la oferta

Las fuentes de financiación del subsidio a la oferta provienen de las siguientes fuentes[124]:

- Sistema General de Participaciones – SGP, destinados a subsidio a la oferta[125] (esta es la fuente más representativa en todos los entes territoriales)
- Rentas cedidas
- Recursos propios que destinen para tal fin

La Ley 715 de 2001 establece en su artículo 49 sobre "Distribución de los recursos de la participación para la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda" que la fórmula de cálculo para los recursos de trasferencias nacionales a los entes territoriales bajo la lógica de que, a medida que van creciendo los afiliados a régimen subsidiado, se pueden ir disminuyendo los recursos para la población pobre no asegurada, hasta lograr la cobertura universal de aseguramiento (conversión progresiva de recursos de oferta a demanda). La Ley 1122 de 2007 establece un escalamiento más impetuoso de los recursos para régimen subsidiado, sobre todo a expensas del subsidio a la oferta, pero también de los recursos para salud pública.

---

[124] Véase la sección 5.4 "Direcciones territoriales de salud:" (página 303)

[125] Véase el capítulo 2.5 "Sistema General de Participaciones – SGP en salud: Recursos (transferencias) y competencias territoriales en salud" (página 113)

Con relación a la distribución de los recursos a nivel nacional se establecen como parámetros: población pobre por atender de cada municipio, corregimiento departamental o distrito, ajustada por dispersión poblacional y por un factor de ajuste que pondere los servicios no incluidos en el POS-S.

Agrega la misma fuente de derecho: "A cada departamento le corresponderá el 59% de los montos resultantes de efectuar los cálculos anteriormente descritos de los municipios y corregimientos departamentales de su jurisdicción, los cuales deben destinarse para garantizar la atención en salud de los servicios diferentes a los de primer nivel de complejidad (…). El 41% restante se debe destinar a financiar la atención en el primer nivel de complejidad de cada uno de los municipios y corregimientos de los respectivos departamentos". Y respecto a los departamentos aclara que "Si por condiciones de acceso geográfico o funcional la población pobre por atender urbana y rural de los departamentos, distritos y municipios que hayan asumido la prestación del servicio de salud en forma directa, es remitida o demanda servicios de salud de otros departamentos o distritos, la entidad territorial responsable de la población remitida, debe reconocer los costos de la prestación de servicios de salud a la red donde se presten tales servicios.

"(…) Se entiende como población pobre por atender, urbana y rural de cada distrito, municipio o corregimiento departamental, la población identificada como pobre por el Sistema de Identificación de Beneficiarios que defina el Conpes, no afiliada al régimen contributivo o a un régimen excepcional, ni financiada con recursos de subsidios a la demanda".

"Una vez distribuidos a cada entidad territorial, los recursos para la prestación del servicio de salud a la población pobre por atender, en lo no cubierto con subsidios a la demanda, del valor total que corresponde a cada una de ellas, se descontarán los cuotas patronales para la afiliación y pago de los valores prestacionales de pensiones y cesantías del sector salud así como los aportes por cotizaciones en salud y por concepto de riegos profesionales que les corresponda".

Plan de beneficios de primer nivel para población pobre no asegurada

El Municipio debe garantizar al menos la atención en salud del primer nivel de la población pobre no asegurada en: eventos de manejo con tecnología de baja complejidad, atención hospitalaria de menor complejidad, eventos incluidos en los protocolos de atención del médico general, atención de urgencias y acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El Plan de beneficios en cada territorio depende del perfil epidemiológico de la población objeto de cobertura, las metas establecidas en el Plan territorial de Salud Pública, los recursos financieros existentes, el perfil de morbilidad de la población pobre no asegurada del municipio y el análisis de la demanda atendida en

años anteriores (número de personas atendidas del total de la población pobre no asegurada del ente territorial, valores contratados, valores facturados, valores pagados).

La caracterización de la población pobre no asegurada por municipio discriminada por grupos poblacionales edad y sexo y de los servicios a prestar debe ser así:

- Intervenciones, procedimientos y/o actividades de acuerdo a perfil epidemiológico municipal
- Intervenciones, procedimientos y/o actividades de acuerdo a indicadores de cumplimiento establecidos para población asegurada al régimen subsidiado
- Producción histórica institucional del año anterior sobre atención a población no asegurada.

Las Prioridades de las actividades a contratar, serían: vacunación [contenidos del PAI], salud oral (control placa bacteriana y sellantes para población entre 3 y 15 años), atención de parto y/o cesárea, consulta control al recién nacido, consulta planificación familiar, esterilización masculina y femenina, controles de crecimiento y desarrollo, consulta médica para el desarrollo del joven, consulta prenatal de primera vez (médico), control prenatal (médico y enfermera), serología, alteraciones del adulto, citología, mamografía, medición de la agudeza visual, consulta de oftalmología, consulta médica por IRA y EDA, terapia respiratoria por IRA, terapia de rehidratación oral, consulta médica general, atención hospitalaria de menor, mediana y alta complejidad, atención a enfermedades de alto costo, medicamentos y ayudas diagnósticas y transporte de pacientes.

Para la evaluación del impacto tener en cuenta como indicadores centinelas: bajo peso al nacer, otitis supurativa, muerte materna, muerte por dengue, muerte por malaria, hospitalización por deshidratación en niños de 3 a 5 años y hospitalización por neumonía en niños de 3 a 5 años.

Con todo esto, es revelador el documento “Lineamientos técnicos para la contratación de la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada del departamento del Valle del Cauca – 2004” en que se plantea que “En el marco del [SGSSS], no se cuenta con un Plan de Beneficios para la población pobre no asegurada, aunque la normatividad orienta y regula sobre algunas actividades, intervenciones y procedimientos que deben desarrollarse en esta población con recursos de la oferta procedentes del Sistema General de Participaciones y Rentas Cedidas del Departamento. Dada la importancia de unificar unos criterios mínimos para la respectiva presentación de los proyectos soporte de la contratación a realizar, se hace necesario el establecimiento de unos lineamientos generales (…)”.

Contratación para población pobre no asegurada

El marco normativo de la atención a la población pobre no asegurada está dado por la Constitución Política Nacional de 1991 en su artículo 49, la Ley 100 de 1993, la Ley 715 de 2001, la Ley 812 de 2003 y la Ley 1151 de 2007 (estas dos últimas leyes son los Planes Nacionales de Desarrollo para los dos últimos períodos presidenciales). Se pueden adoptar también como referentes para establecer un plan de beneficios la Resolución 5261 de 1994 (MAPIPOS, POS-C), el Acuerdo 306 de 2005 del CNSSS (POS-S) y las actividades de salud pública de intervenciones individuales y familiares (protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública), establecidas en el cuerpo normativo dado por el Acuerdo 117 de 1998 (con el conjunto de Normas Técnicas y Guías de Atención adoptadas) y las Resoluciones 412 y 3384 de 2000.

De conformidad con los artículos 43 y 44 de la Ley 715 de 2001, corresponde a los departamentos, distritos y municipios certificados la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Para tal efecto, deben contratar la prestación de dichos servicios con IPS públicas o privadas.

De acuerdo con la Ley 1122 de 2007 las entidades territoriales deben contratar con Empresas Sociales del Estado la atención de la población pobre no asegurada a menos que su oferta de servicios no exista o sea insuficiente y pueda contratar con otras IPS previa autorización del Ministerio de la Protección Social.

Directrices para la ejecución de la participación (SGP) para población pobre no asegurada[126]

ii Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y actividades no cubiertas con subsidios a la demanda:

De conformidad con los artículos 43 y 44 de la Ley 715 de 2001, corresponde a los departamentos y municipios certificados la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y actividades no cubiertas con subsidios a la demanda. Para tal efecto, deberán definir con las entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de

[126] Tomado de: República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento Conpes Social 122. Distribución del Sistema General de Participaciones [SGP] once doceavas de la vigencia 2009. Bogotá, D.C., 29 de enero de 2009

salud, la contratación de la prestación de dichos servicios, atendiendo la Resolución 5334 de 2008, bajo un esquema de control y seguimiento estricto a los servicios y atenciones brindadas, mediante modalidades de pago diferentes a la transferencia directa, conforme a la Ley 1122 de 2007. Por lo anterior:

- La aplicación de los recursos antes citados, incluyendo los referentes al pago directo de los aportes patronales del SGP, hacen parte del pago por la prestación de los servicios contratados.
- Las entidades territoriales focalizarán la aplicación de los recursos en la atención de grupos prioritarios de población como son: madres gestantes, menores de cinco (5) años, ancianos, desplazados, discapacitados e indigentes.
- En tal sentido, la contratación de los recursos para atender a la población pobre no asegurada, deberá fundamentarse en: a) criterios de equidad y cobertura, b) el efecto de la política de afiliación al régimen subsidiado en la población de la entidad territorial, c) priorización de los grupos de madres gestantes, menores de cinco (5) años, ancianos, desplazados, discapacitados e indigentes; aplicando, en lo posible un per cápita que corresponda a la garantía de unos beneficios mínimos según el perfil epidemiológico de la población objeto de cobertura y las metas de salud pública, sin discriminación alguna respecto del municipio de residencia de la jurisdicción departamental.
- Definir y ejecutar políticas de contratación y pago, oportunos y adecuados a las condiciones propias de la entidad territorial, reguladas tanto con IPS como con EPS.
- Disponer de los mecanismos necesarios para realizar la Interventoría médica respectiva a las IPS públicas y privadas, que permitan realizar el seguimiento a la contratación realizada.
- De igual manera, orientar la asignación de los recursos para garantizar la complementariedad y subsidiariedad en la financiación de los servicios de salud a la población pobre no asegurada de su jurisdicción, sin discriminación municipal alguna.
- En búsqueda de la transparencia, los departamentos, distritos y municipios descentralizados, deberán implantar esquemas de seguimiento y control de los contratos de prestación de servicios, así como mecanismos de pago que garanticen el flujo de recursos a sus prestadores, en concordancia con los artículos vigentes del Decreto 3260 de 2004 y el Decreto 4747 de 2007.
- En los esquemas de seguimiento y control de los contratos las entidades territoriales deberán asegurarse que sus prestadores den cumplimiento a sus obligaciones de pago de los aportes parafiscales inherentes a la nómina, relacionados con: (a) Cajas de Compensación Familiar, (b) Instituto Colombiano de Bienestar Familiar26, (c) Escuelas

Industriales e Institutos Técnicos27, (d) Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y (e) Escuela Superior de Administración Pública (ESAP).

- Los departamentos para efectos de la distribución de los recursos de prestación de servicios a la población pobre no asegurada, adaptarán los criterios previstos en el presente documento conforme a la normatividad vigente, considerando la competencia de los municipios, y la necesidades de atención de la población pobre no asegurada, conforme a la Red de prestadores definida.
- Las entidades territoriales deberán revisar el monto de aportes patronales certificados en salud, coordinar el proceso de ejecución de los mismos con el Ministerio de la Protección Social, considerando el artículo 34 de la Ley 1176 de 2007.
- Las entidades territoriales deberán promover mediante su participación en las Juntas directivas de las Instituciones prestadoras de servicios de salud pública, la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios y el cumplimiento de metas de mejoramiento de la gestión.
- Los departamentos y municipios certificados competentes, deberán viabilizar y adoptar el Plan de organización de la red de prestadores de Servicios de Salud, previo concepto del Ministerio de la Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación según los dispuesto en el artículo 33 de la Ley 1151 de 2007. Para el efecto el Ministerio de la Protección Social brindará la asistencia técnica requerida.
- El Ministerio de la Protección Social continuará implementando las estrategias previstas en el documento Conpes 3447 de 2006, con el fin de avanzar en la solución de la problemática de la cartera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas.

iv. Generalidades:

Las entidades territoriales deberán articular las diferentes componentes de la política de salud con el fin de promover la eficiencia y calidad en el uso de los recursos y la atención de la población.

En todo caso la ejecución de los recursos del Sistema General de Participaciones en el componente de Participación para salud deberá realizarse en el fondo territorial de salud conforme a las Resoluciones 3042 de 2007 y 4204 de 2008 y a las recomendaciones del Ministerio de la Protección Social.

Cuotas de Recuperación

En este mismo sentido, las cuotas de recuperación se establecen en función de las IPS que tengan contrato con el Estado y pagadas por la población pobre no asegurada, identificada o no identificada. El máximo valor autorizado para las cuotas de recuperación se fija de conformidad con las tarifas establecidas por el Decreto 2423 de 1996 de conformidad con lo establecido en el artículo 18 y 19 del Decreto 2357 de 1995.

9.5.2 Población en transición

En el anexo 3 de la Ley 1151 de 2007 "Plan Nacional de Desarrollo: Estado Comunitario: Desarrollo para todos" sobre "Reducción de la pobreza y promoción del empleo y la equidad", en el apartado sobre "Seguridad social en salud y salud pública" se define población en transición como aquella que cumple con las siguientes condiciones:

1) No es lo suficientemente pobre como para ser beneficiario del régimen subsidiado
2) No tiene la suficiente capacidad de pago como para acceder al régimen contributivo.

Además, se establecen las metas y acciones requeridas para lograr "la universalización del aseguramiento, en condiciones de sostenibilidad fiscal y financiera, de equidad y eficiencia". Entre las estrategias contempladas está "la implementación de subsidios parciales a la cotización del régimen subsidiado o contributivo para la población en transición (…). El aseguramiento subsidiado, total o parcial a la cotización al régimen subsidiado o contributivo, se justifica en la medida en que existan condiciones de baja capacidad para cubrir totalmente el costo de aportes periódicos a través de cotizaciones".

Y prosigue: "Para el efecto el MPS, en coordinación con el DNP y el MHCP, desarrollarán una prueba piloto en 2007 que permita precisar la población objetivo en transición, los mecanismos operativos y de pago, la definición del monto del subsidio parcial a la cotización (ya sea al régimen contributivo o al subsidiado), la definición de los aportes de la familia, los mecanismos de focalización adicionales al SISBEN, los mecanismos de control para evitar la selección adversa, la promoción al régimen contributivo (incentivos) y la adherencia y fidelidad de la población al sistema.

Entretanto se implementa la reglamentación respectiva los únicos mecanismos de protección para estos grupos están dados en lo relacionado con afiliación de trabajadores independientes e informales al SSSI y su afiliación colectiva[127].

[127] Véase la sección 9.2.5 “Excepcionalidades de la cotización” (páginas 445 y ss)

10. SALUD PÚBLICA EN EL SGSSS

10.1 Prevención de la enfermedad y promoción de la salud

Prevención de la enfermedad

El legendario artículo de Leavell HR y Clark F "Preventive medicine for the doctor in his community", publicado en 1965 propone que las intervenciones sobre las comunidades e individuos sean hechas de acuerdo a la historia natural de la enfermedad, en las que se enuncian tres etapas:

Etapa Pre-patogénica:	hoy hablaríamos de intervenir al "paciente sano", (concepto casi impensable en aquella época) sometido a noxas, que se pueden definir como eventos, internos o externos, capaces de alterar los mecanismos fisiológicos y homeostáticos cuya exposición puede desencadenar procesos nocivos y dar origen a una manifestación clínica del daño.
Etapa Pre-Clínica:	Período de interacción entre factores endógenos y exógenos que trae como resultado el que se permita facilitar que se reproduzca y se desarrolle la enfermedad o Periodo patogénico subclínico: Se expresan lesiones anatómicas o funcionales sin expresiones clínicas claras y se puede detectar por exámenes paraclínicos en forma causal o por tamizaje. o Periodo prodrómico: Manifestaciones generales, confusas que hacen difícil hacer un diagnostico exacto.
Etapa Clínica:	La enfermedad se manifiesta por signos y síntomas que facilitan su diagnóstico y manejo.

La OMS define la Prevención de la Enfermedad como "el conjunto de acciones que tienen como finalidad la identificación, el control o reducción de factores de riesgo biológicos, del ambiente, del comportamiento y del consumo, para evitar que la enfermedad aparezca, se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables". Esta se divide en tres niveles, de acuerdo a la historia natural de la enfermedad:

Prevención primaria:	Nivel de intervención del proceso patógeno constituido por todas aquellas acciones que se realicen en una población sana con la intención de evitar que los sujetos se expongan a una noxa o factor de riesgo. Comprende dos tipos de acciones: o Fomento de la salud (prevención universal) o Protección específica (prevención selectiva)
Prevención secundaria:	Nivel de intervención constituido por todas aquellas acciones realizadas en población que ha estado expuesta ya a una noxa o que está comenzando a desarrollar el daño, con la intención de impedir la aparición de las manifestaciones clínicas, reducir su duración o evitar sus complicaciones.
Prevención terciaria:	Nivel de intervención constituido por todas aquellas acciones realizadas entre los enfermos que han presentado complicaciones, con el fin de evitar la invalidez o la muerte temprana y rehabilitarlos.

Gráfico No 65. **Modelo de Prevención de la Enfermedad de Leavell & Clark**

Nivel de prevención	**Prevención Primaria**		**Prevención Secundaria**	**Prevención Terciaria**	
	Nivel I	***Nivel II***	***Nivel III***	***Nivel IV***	***Nivel V***
	Fomento de la salud (prevención universal)*	Protección específica (prevención selectiva)	Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno	Limitación del daño	Superación de secuelas (rehabilitación)
Etapa de la enfermedad	Etapa Pre-patogénica (“paciente sano”) ⇨		Etapa Pre-Clínica ⇨		Etapa Clínica

* Control de factores de riesgo y estímulo a factores protectores

Fuente: Diseño propio

Según Rubén Darío Gómez (Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia) se entienden los conceptos de factor de riesgo y factor protector así:

Factor de riesgo:	Evento, de naturaleza orgánica, psíquica, social o ambiental relacionado con una probabilidad aumentada de que ocurra un resultado desfavorable.
Factor protector:	Condición de naturaleza orgánica, psíquica, social o ambiental que refuerza la capacidad de una persona para resistirse a noxas, riesgos o peligros existentes y que por consiguiente promueve su adaptación y competencia.
Procesos de riesgo:	(como marcadores probabilísticos de riesgo) Mientras los factores de riesgo y los factores protectores proporcionan información general sobre dónde aplicar los esfuerzos de la intervención, la identificación de procesos o mecanismos de riesgo (rutas causales de enfermedad) dan una visión de lo que podría hacerse para alterar la situación.

Cuadro No. 61. Acciones que se realizan en cada uno de los niveles de Prevención de la Enfermedad

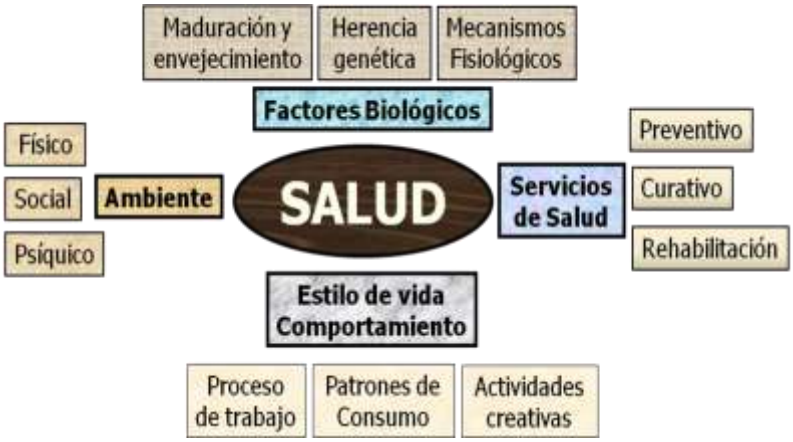
	Prevención primaria	Prevención secundaria	Prevención terciaria
	[Fomento de la salud] • Mejoramiento de las condiciones económicas y sociales de la población • Promoción de campañas de salud • Divulgación de cuidado personal (higiene) • Educación acerca de factores de riesgo y su vigilancia y control (hábitos saludables,	• Búsqueda y captación de usuarios para vigilancia y control de riesgos específicos • Consulta médica precoz • Screening o tamizaje a población de alto riesgo (exámenes de laboratorio y otros medios diagnósticos) • Tratamiento oportuno y	• Limitación del daño • Evitar permanencia de secuelas: Invalidez, muerte prematura Manejo diabetes

	Prevención primaria	Prevención secundaria	Prevención terciaria
	control de consumo) • Mejoramiento del ambiente: conservación de recursos naturales (agua), disposición de residuos y desechos	adecuado de los problemas de salud	
Según el SGSSS	***Protección especifica:*** • Vacunación según el programa ampliado de inmunizaciones - PAI • Protección específica de caries y la enfermedad gingival • Atención del parto • Atención del recién nacido • Atención en planificación familiar para hombres y mujeres	***Detección temprana [y tratamiento oportuno]:*** • Alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años • Alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años • Alteraciones del embarazo • Prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años • Alteraciones visuales y patologías oculares • Cáncer de cuello uterino (citología, lectura, reporte, tratamiento) • Cáncer de seno	***Atención de enfermedades de interés en salud pública:*** Bajo peso al nacer, Alteraciones asociadas a la nutrición, Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda, Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, Meningitis meningocóccica, Asma bronquial, Síndrome convulsivo, Fiebre reumática; Vicios de refracción, estrabismo y cataratas; Enfermedades de transmisión sexual, Hipertensión arterial, Hemorragias asociadas al embarazo, Menor y mujer maltratados, Diabetes juvenil y del adulto, Lesiones preneoplásicas de cuello, Lepra, Malaria, Dengue, Leishmaniasis cutánea y visceral, Fiebre amarilla

Promoción de la salud

Durante finales de los años setentas y principios de los ochentas el ministerio de salud de Canadá había promovido nuevos enfoques de la salud, entre ellos el Modelo epidemiológico de Dever (1976)

Gráfico No 66. **Modelo epidemiológico de Dever (1976)**



- La herencia actúa determinando el sustrato anatómico y fisiológico asociada con el ambiente y generando noxas que alteran el proceso de salud
- El ambiente exige la adaptación de individuos y colectividades, lo cual supone una situación de equilibrio y actúa a través de varios componentes (sociales, físicos, biológicos y nutricionales)
- El comportamiento o estilo de vida es el conjunto de directrices para la conducta como tradiciones, creencias, valores y pautas de conducta
- Los servicios de salud inciden según su disponibilidad, calidad y oportunidad.

Las acciones no sectoriales que inciden mayormente en el estado de salud son saneamiento básico, vivienda, educación, alimentación, desarrollo económico y distribución del ingreso.

Por su parte, la OPS adoptó para la Región el concepto y la estrategia de "Promoción de la Salud", impulsado por la OMS y el Ministerio de Salud tras la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en noviembre de 1986 en Ottawa.

Áreas operacionales:

- Promocionar la salud
- Prerrequisitos para la salud
- Promocionar el concepto

- Proporcionar los medios
- Actuar como mediador

Carta de Ottawa,

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma.

Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente

La salud se percibe no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas.

La Carta también planteó un conjunto de "condiciones y requisitos para la salud", como la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.

La participación activa en la promoción de la salud implica:

- La elaboración de una política publica sana
- La creación de ambientes favorables
- El reforzamiento de la acción comunitaria
- El desarrollo de las aptitudes personales
- La reorientación de los servicios sanitarios

La Primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Ottawa, 1986) y la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud de ella derivada son consideradas mundialmente como el fundamento de los conceptos y principios de la moderna promoción de la salud. La Conferencia de Ottawa y las posteriores conferencias mundiales de la OMS proporcionaron indicaciones y orientación sobre las medidas a tomar para abordar los determinantes de la salud con miras a lograr la salud para todos.

Cuadro No. 62. Principales conferencias y encuentros internacionales sobre Promoción de la Salud

Año		Ciudad	Declaración
1986	1ª	Ottawa	Iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública
1988	2ª	Adelaida (Australia)	Políticas públicas favorables a la salud
1988		Liverpool	Municipios saludables
1991	3ª	Sundsval (Suecia)	Entornos propicios para la salud
1992		Bogotá	Declaración de compromiso
1993		Trinidad y Tobago	
1997	4ª	Yakarta (Indonesia)	Nueva era, nuevos actores: adaptar la promoción de la salud al siglo XXI
2000	5ª	México D.F.	Promoción de la salud: hacia una mayor equidad
2001		París	
2004		Bangkok	Los determinantes de la salud en relación con las políticas y las alianzas para la acción sanitaria

Mediante intervenciones comportamentales, sociales, normativas y ambientales. La promoción de la salud ha contribuido a introducir cambios positivos en los hábitos de la gente relacionados con la salud, que han ayudado a su vez a reducir algunas causas de mortalidad y morbilidad como las cardiopatías, los traumatismos por accidentes de tránsito, las enfermedades infecciosas y el VIH/SIDA. Los beneficios, sin embargo, son más evidentes entre las personas que gozan de una mejor situación socioeconómica; de ahí la acuciante necesidad de complementar los programas que reducen los factores de riesgo con políticas que creen condiciones favorables a la salud entre los grupos vulnerables.

El contexto de aplicación de las estrategias de promoción de la salud ha cambiado considerablemente desde la Conferencia de Ottawa, sobre todo de resultas de la globalización, un fenómeno que plantea tanto retos como oportunidades para la promoción de la salud. La OMS y el Gobierno de Tailandia organizaron la Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, titulada «Los determinantes de la salud en relación con las políticas y las alianzas para la acción sanitaria» (Bangkok, agosto de 2005), con miras a contribuir a reducir las desigualdades en materia de salud en un mundo globalizado mediante el fomento de la salud.

Política Pública Saludable sana es definida en Adelaida (1988) como "la que se caracteriza por una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de política y por la rendición de cuentas sobre su impacto en la salud"

La declaración de Yakarta, a su vez, plantea que las prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI son:

- Promover la responsabilidad social por la Salud
- Aumentar las inversiones en Salud.
- Ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud
- Aumentar la capacidad de las comunidades y empoderar los individuos.
- Consolidar la infraestructura para promoción de la salud

Promoción "vs" Prevención

Se exponen diferencias fundamentales entre dos paradigmas de la salud pública que han tendido a confundirse en una sigla muy simplificadora, el célebre P. y P. [peipé], que suele usarse para tratar de dos perspectivas no del todo convergentes como son la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Al respecto, Helena E. Restrepo de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia expone en una presentación (2007) que estos conceptos presentan propósitos comunes como son lograr el mejoramiento del nivel de salud, impulsar las intervenciones de salud pública para modificar riesgos y problemas e impulsar la reorientación de servicios de salud. Pero igualmente reconoce diferencias importantes en aspectos como son objetivos, a quién se dirigen las acciones, características de los modelos, interventores (tipos y roles), estrategias y enfoques.

Cuadro No. 63. Diferencias en los modelos de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

	Promoción de la salud	Prevención primaria	Prevención secundaria	Prevención terciaria
Objetivos	•Incidir en determinantes: Cambios en condiciones de vida •Influir en decisiones de políticas públicas •Mejorar salud/ calidad de vida poblaciones •Equidad y justicia social	•Reducir los factores de riesgo y enfermedad •Disminuir complicaciones de enfermedad •Proteger a personas y grupos de agentes agresivos		
A quién se dirigen las acciones	•Población general (comunidades) •Grupos específicos (etnias, niños, mujeres) •Situaciones causales (analfabetismo, falta de agua potable, exclusión social, etc.)	•Individuos y grupos en riesgo	•Individuos y grupos posiblemente enfermos (tamizaje)	•Enfermos en riesgo de complicaciones y muerte
Características de los modelos	•Ecológico, de sistemas múltiples •Socio-político •Socio-ambiental	•Preventivos propios de salud pública	•De salud pública a riesgos específicos •Clínico	•Recuperación •Clínico

	Promoción de la salud	Prevención primaria	Prevención secundaria	Prevención terciaria
	●Socio-cultural			
Tipos de interventores	●Líderes políticos y cívicos ●Funcionarios de sectores diferentes ●Profesionales diversos ●Grupos de apoyo social ●Agentes comunitarios ●Medios de comunicación	●Profesionales de salud pública y comunidad	●Profesionales de salud pública y clínicos	●Clínicos ●Comunitarios en rehabilitación basada en la comunidad (RBC)
Roles de los interventores	●Estimular la participación social ●Empoderamiento ●Movilización política ●Cabildeo, negociación ●Influir en políticas públicas saludables ●Alianzas	●Movilización y organización comunidad, información, educación	●Programar metas; cobertura de servicios	●Proveer tratamientos, rehabilitar
Estrategias	●Información y comunicación social ●Educación	●Educación sanitaria ●Desarrollo comunitario ●Comunicación e	●Tamizajes ●Detección ●Diagnóstico precoz	●Tratamiento oportuno ●Manejo clínico para evitar recaídas

	Promoción de la salud	Prevención primaria	Prevención secundaria	Prevención terciaria
	●Investigación participativa ●Participación social y construcción de la capacidad comunitaria (empoderamiento) ●Políticas (negociación política, concertación, consenso, abogacía, cabildeo)	información ●Acción intersectorial (a veces)		●Rehabilitación
Enfoques	●Enfoque poblacional: Político y social más importante	●Enfoque de riesgo: Enfoque individual menos importante		

Fuente: Helena E. Restrepo - Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia

10.2 La salud pública en los albores del SGSSS[128]

La Ley 100 de 1993, originalmente, sólo enuncia dos veces la salud pública (artículos 152 y 174) y solo dos años después aparece una tercera por una corrección del artículo 174. De hecho, el artículo 152 aclara que la salud pública es asunto de la Ley 9ª de 1979 ("Código Sanitario Nacional") y la Ley 60 de 1993 (ley de transferencias, derogada por Ley 715 de 2001). Esta actitud despectiva no sólo obedece a que la Ley 100 fuera una norma sobre aseguramiento en salud, sino también a que existía entre los economistas planificadores de aquel entonces una cierta animadversión ideológica por todo lo que oliera a "público".

Ya en la Ley 715 de 2001 la expresión salud pública sí salta a la vista de manera recurrente y además se asignan las competencias sanitarias de manera más coherente, aunque no sin vacíos.

Según los ideogramas del ministerio de la protección social MPS, el hoy extinto Plan de Atención Básica PAB y las actividades de promoción y prevención a cargo de las aseguradoras hacen un perfecto rompecabezas sin fisuras ni duplicaciones en función del usuario y su familia.

Gráfico No 67. Salud Pública en el SGSSS

Fuente: Ministerio de la Protección Social, 2005

[128] Véase previamente la sección 1.2 "Políticas públicas en salud" (página 16)

El antiguo PAB

La resolución 4288 de 1996, espina dorsal del PAB, ofrece una visión minimalista de la salud pública e incluye dentro del PAB solo aquellas acciones para garantizar un entorno sano, orientar a la población al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad y el uso adecuado de los planes de beneficios, todo ello bajo los célebres criterios del Banco Mundial BM en sus documentos guías de 1987 y 1993, como son el impacto sobre las situaciones de alto riesgo para la colectividad y la formulación de acciones que generen externalidades positivas y altamente costo – efectivas, oscilando indecisos entre focalización y universalidad.

En busca de dar forma a un asunto dejado al jarete por toda una década, las circulares 52 de 2003 del ministerio de salud y 18 de 2004 del MPS (apoyándose en la Ley 715) dieron orientación al PAB en los entes territoriales para el periodo de los gobiernos locales que va de 2004 a 2007. Es así que a los recursos PAB se dan asignaciones específicas y lineamientos más claros, se trata de caracterizar una línea de base, se trazan metas de impacto y no sólo de actividades y se devuelve su jerarquía a la vigilancia en salud pública. De refilón, se adoptan -aunque con timidez- conceptos como las iniciativas de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMI y de Atención de las Enfermedades Prevalente de la Infancia AIEPI y las estrategias de Información Educación Comunicación - IEC y escuelas saludables. Todas ellas son expresiones distintivas de la época en que se sentía más el liderazgo de la OPS sobre el sistema de salud colombiano.

Promoción y Prevención - P. y P.

Actualmente la delimitación de las actividades de salud pública a cargo de las EPS se rige por el acuerdo 117 de 1998 y las resoluciones 412 y 3384 de 2000 cuyas disposiciones arrancaron en firme en abril 1º de 2001. Allí se fijan tres grandes componentes:

- El criterio de demanda inducida
- Las actividades de protección específica y detección temprana (niveles II y III según el modelo de Leavel & Clark) y sus normas técnicas
- La atención de enfermedades de interés en salud pública con sus guías de atención

También se definen en este cuerpo normativo las actividades a desarrollar, explícitamente, el recurso humano responsable (con una fuerte tendencia a la profesionalización) y se fijan metas parametrizadas, para lo cual se establecen 23 indicadores de cumplimiento y 7 indicadores centinelas que se presentan en cuatro informes anuales. En caso de incumplimiento de estos

indicadores los entes territoriales informan a la Superintendencia Nacional de Salud y se dispara un mecanismo de asistencia técnica para revisar la ruta crítica de atención y hacer un plan de mejoramiento.

Según Hernández y Obregón…

El libro "La OPS y el Estado Colombiano: Cien Años de Historia 1902-2002", OPS/OMS escrito por Mario Hernández y Diana Obregón, explica que en el terreno de la salud pública la situación hacia finales del siglo XX se hizo alarmante. Las coberturas de vacunación que habían logrado cifras nacionales cercanas al 95% de la población menor de 7 años en las vacunas del PAI al comenzar la década del 90, comenzaban a presentar descensos preocupantes, en especial entre la población más vulnerable. La erradicación de la poliomielitis al comenzar los noventas, uno de los más importantes logros de la estrategia de vacunación sostenida durante varios años, se estaba poniendo en peligro al encontrar coberturas por debajo del 80% (González y Velandia, 2000; Málaga y otros, 2000). Las enfermedades emergentes y reemergentes también mostraron incrementos. En el caso de la tuberculosis - TBC, el INS encontró un aparente descenso por subregistro de sintomáticos respiratorios y del diagnóstico de los enfermos (González y Velandia, 2000). La enfermedad de Chagas aumentó de 0,39 a 0,87 casos por cien mil habitantes de 1992 a 1997; la malaria llegó en 1998 a la más alta incidencia en las últimas dos décadas; la incidencia ajustada de VIH/SIDA aumentó, a pesar de los programas de prevención y control (González y Velandia 2000). Los programas de control de alimentos, de zoonosis, tuberculosis, lepra, sífilis congénita, entre otros, tenían serios problemas para su ejecución, debido a la ausencia de personal en los hospitales, ahora concentrados en la facturación de los servicios de atención médica (Málaga y otros, 2000). El famoso Servicio de Erradicación de la Malaria - SEM ya no existía.

Si bien los datos de esperanza de vida al nacer, de morbilidad y de mortalidad general habían mejorado en el largo plazo, en aspectos como la mortalidad materna -un indicador muy sensible de la capacidad de respuesta de los servicios de salud- los avances eran insuficientes, incluso para Latinoamérica.

La transición en el sistema indiscutiblemente ha traído dificultades en la prestación de los servicios, donde los derechos obtenidos por la población no son aún claros para expresar su demanda, los intereses económicos de aseguradores y prestadores obstaculizan el acceso a todos los servicios de los asegurados y han venido interfiriendo en la entrega final de acciones prioritarias en salud publica (González y Velandia, 2000).

La crisis de los hospitales públicos era evidente, debido a las dificultades para su conversión en agentes de mercado y por la intermediación en el manejo de los recursos públicos. Dada la confusión entre la descentralización y la total autarquía de las instituciones, el grupo de la Representación de OPS en Colombia hablaba de una preocupante "desintegración de la red de servicios" (Málaga y otros, 2000). Además, el sistema de información en salud se encontraba descuadernado y nadie podía saber cuál era la situación.

Iván Jaramillo proponía separar más claramente los servicios individuales de los colectivos, para dejar los primeros a cargo de los agentes del aseguramiento a través del POS, y los segundos a los municipios a través del PAB (Jaramillo, 1999), [lo cual de hecho aparece implícitamente formulado en la Ley 1122 de 2007]. Por el contrario, Hernández planteaba que esta separación es precisamente el principal problema estructural del sistema, porque la lógica del mercado desterritorializa y fragmenta, mientras el Estado requiere los referentes poblacional y territorial para diseñar y ejecutar las políticas públicas. Los agentes del sistema se debaten permanentemente en la identificación de externalidades, para tratar de definir a quién corresponde el pago de los servicios lo que es, según Hernández, la principal explicación de la caída de las coberturas de vacunación, de la debilidad de la prevención de enfermedades y de la promoción de la salud en el sistema (Hernández, 2000 y 2002).

El debate no está saldado, aunque ha predominado la idea de que el sistema merece ajustes más que grandes cambios.

Competencias territoriales en salud pública: Leyes 715 de 2001 y 1122 de 2007[129]

En este marco, la Ley 715 de 2001, delimita en su título III "sector salud", las competencias de la nación y los entes territoriales para el sector, cubriendo lo que fue tal vez una de las más grandes falencias de las leyes 60 y 100 de 1993, como fue la desarticulación de atribuciones de salud pública entre los diferentes actores del SGSSS.

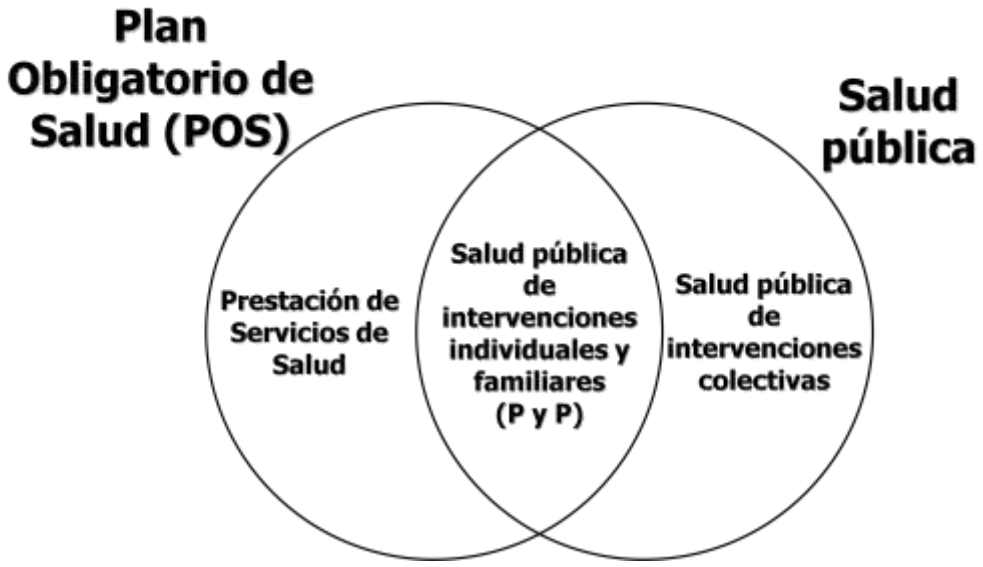
[129] Una síntesis de las funciones de cada instancia –nación, departamentos y municipios- puede ser visualizada en el cuadro ubicado la sección 2.5.4 "Competencias en salud de la nación y los entes territoriales" (páginas 124 y ss)

10.3 Nuevo enfoque de la Salud Pública

Marco conceptual previo

En el SGSSS, se presenta una la visión que se tiene en el sistema sanitario de Colombia de salud pública como se observa en el ideograma:

Gráfico No 68. Cómo se entiende la Salud Pública en el SGSSS



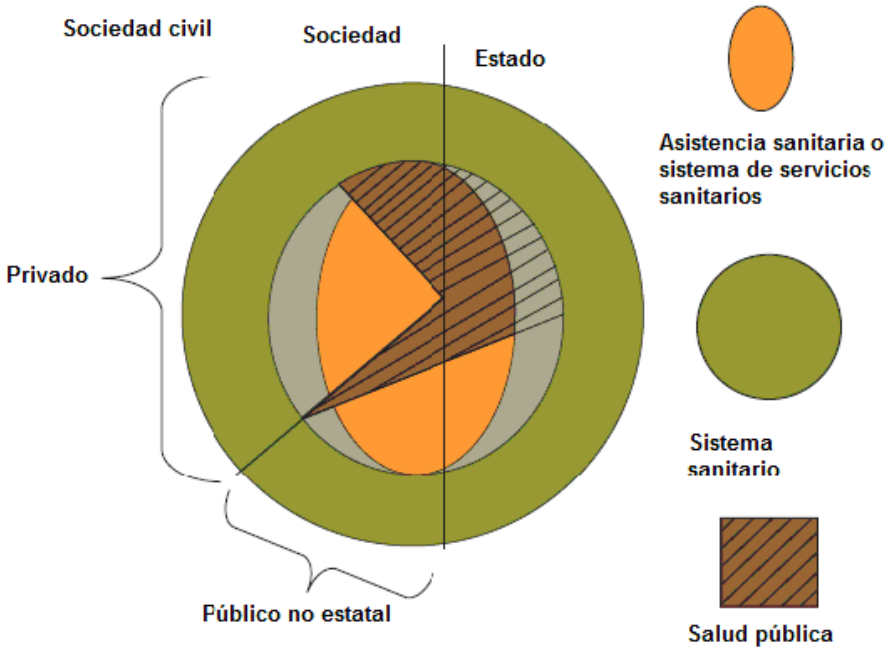
Fuente: Diseño propio

Esto coincide con el documento de posición de OPS/OMS "Capacidades en Salud Pública"130 en que se observa semejante concepción de Salud Pública "(…) como un subsistema del sistema de salud general. Como se puede ver en la Figura, el sistema de salud es mucho más amplio que el

130 Organización Panamericana de la Salud "Capacidades en Salud Pública en América Latina y el Caribe: Evaluación y Fortalecimiento". Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud (HSS) Unidad de Políticas y Sistemas de Salud (HP) Oficina de la Subdirectora OPS/OMS. Washington, 2007

sistema de asistencia sanitaria o que los servicios de asistencia sanitaria, que incluyen la atención médica. Esta figura muestra estas tres áreas sanitarias y su relación con los siguientes componentes sociales: la sociedad civil, el sector privado y el Estado. La zona sombreada con un formato irregular representa el campo de la salud pública, que abarca parte del área del sistema de asistencia sanitaria, pero que también incluye algunas áreas adicionales fuera de ella que tienen una repercusión sobre la salud de la población", así:

Gráfico No 69. Cómo se entiende la Salud Pública en el SGSSS



Fuente: OPS/OMS, La salud pública en las Américas

En una mirada un poco más amplia, el mismo documento reconoce también que "Como su propio nombre lo indica, el campo de la salud pública es en gran parte público y el Estado es el contribuyente dominante del sistema de salud pública [OPS/OMS, La salud pública en las Américas].

Sin embargo, es importante señalar que ya no basta con definir a la salud pública como lo que hace sólo el gobierno. En la actualidad existe una variedad de organizaciones no gubernamentales asociadas que llevan a cabo diversos programas y proyectos de investigación en salud pública. Además, el carácter de las organizaciones del sector público difiere en muchos aspectos importantes del carácter del sector privado o voluntario. La meta de los organismos de salud pública es medir y mejorar los resultados de salud, y se valora la eficiencia y la eficacia aunque no tanto como en los otros sectores" [131].

La "nueva salud pública"

El breve capítulo VI de la Ley 1122 de 2007 (artículos 32 a 34) trata "De la salud pública".

> La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Las acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deben promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad

Esta norma establece el Plan Nacional de Salud Pública - PNSP, definido por el Gobierno Nacional para cada cuatrienio, expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo.

Esto de paso despeja en algo la exuberante planificación estratégica en salud que solía tener componentes aislados y hasta contradictorios en el mismo Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Nacional de Salud, el Plan de Atención Básica – PAB y los planes de Desarrollo locales (departamentales y municipales). Mírese de paso que los dos primeros eran para el cuatrienio presidencial (2006-2010, 2010-2014, etc.) y los dos últimos para el cuatrienio de los gobiernos territoriales (2008-2011, 2012-2015, etc.).

Se establecen como planes tácticos del PNSP

- Plan de salud pública de intervenciones colectivas, entendido como actividades colectivas a cargo de la Nación y de las entidades territoriales complementario al POS -lo cual le da implícitamente la partida de defunción al PAB-

[131] Turnock, Public Health: What It Is and How It Works. Citado en: Organización Panamericana de la Salud "Capacidades en Salud Pública en América Latina y el Caribe: Evaluación y Fortalecimiento", Op. Cit. Nota Nº 19

- Plan Operativo de Acción - POA, presentado anualmente por las entidades territoriales y las EPS a evaluación de parte del MPS.

El objetivo del PNSP es:

- Atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud
- Promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar

De acuerdo a la misma Ley, el MPS debe crear mecanismos de evaluación de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de los actores del SGSSS y definir estímulos para su cumplimiento, pero igualmente a la Supersalud se le brindan atribuciones de suspensión cautelar de la administración de los recursos públicos o incluso de imponer sanciones. En ese orden de ideas, el PNSP debe contar con indicadores sobre perfil epidemiológico; identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes; incidencia y prevalencia de principales enfermedades que definan prioridades en salud pública; vacunación; salud sexual y reproductiva; salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción y suicidio; así como protocolos de atención, remisión y tratamiento para estas enfermedades y para urgencias.

El PNSP debe contemplar cambio de estilos de vida saludable; acciones del nivel nacional, territorial y aseguradoras; plan financiero y presupuestal de cada actor; coberturas mínimas obligatorias en servicios e intervenciones de salud; metas y responsabilidades en vigilancia de salud pública y acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo; prioridades de salud pública del POS y metas de las EPS.

El PNSP debe fundamentarse en modelos de atención como salud familiar y comunitaria, atención primaria o atención domiciliaria.

10.3.1 Plan Nacional de Salud Pública - PNSP 2007 – 2010[132]:

"Coordinando sectores y articulando acciones para mejorar la salud de los colombianos y colombianas"

[132] Es conveniente para estudiar esta sección remitirse a lo tratado en este mismo libro en el capítulo 2.7 "Plan Nacional de Desarrollo" (páginas 139 y ss)

En desarrollo de las competencias consagradas en la Ley 9ª de 1979, Ley 10 de 1990; artículo 154 de la Ley 100 de 1993, artículo 42 de la Ley 715 de 2001, artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1151 de 2007 (Plan Nacional de Desarrollo "Estado comunitario: Desarrollo para todos"), se promulga el decreto 3039 de 2007 "Plan Nacional de Salud Pública", dos escuetos artículos que adoptan un documento base, que es el cuerpo del Plan:

Capítulo I	Alcance
Capítulo II	Conceptos
Capítulo III	Líneas de política
Capítulo IV	Situación de salud
Capítulo V	Prioridades nacionales en salud
Capítulo VI	Responsabilidades de los actores del sector salud de la Nación
Capítulo VII	Financiación del plan nacional de salud pública
Anexo técnico	Objetivos, metas y estrategias prioritarias en salud

El PNSP parte de formular que todos los actores del SGSSS están obligados a cumplirlo, tanto el gobierno en todos sus niveles (Nación, departamentos y municipios), como aseguradores (Entidades Promotoras de Salud - EPS de los regímenes contributivo y subsidiado EPS-C y EPS-S; otras Entidades Obligadas a Compensar EOC y las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y Prestadores de servicios de salud – PSS. No se contemplan explícitamente las Administradora de Riesgos Profesionales – ARP ni la Comunidad. Pero de entrada plantea la interacción con otros sectores.

Principios del PNSP:

- Universalidad (cobertura)
- Equidad
- Calidad

- Eficiencia
- Responsabilidad
- Respeto por la diversidad cultural y étnica
- Participación social
- Intersectorialidad

Articulación de enfoques

1. **Enfoque poblacional**
2. **Enfoque de determinantes**
3. **Enfoque de gestión social del riesgo**

Se puede abstraer de la norma que la promoción de la salud se basa en un Enfoque poblacional (político y social más importante) mientras que la prevención de la enfermedad se fundamenta en el Enfoque de riesgo, o de determinantes.

A su vez, el enfoque social de riesgo a que se refiere el PNSP es un concepto derivado de una serie de documentos del Banco Mundial (2000) sobre "Manejo Social del Riesgo - MSR" (Holzmann & Jørgensen) como el marco conceptual para el Sistema de Protección Social – SPS, que ha sido fuertemente impulsado durante este lustro, en cabeza de la cartera a cargo. El PNSP lo define como "un proceso (…) en el cual se construyen soluciones a partir de un abordaje causal de los riesgos de salud en poblaciones especificas, buscando [su] identificación y modificación". Este pareciera ser entonces el elemento articulador de las acciones de la salud pública en el sistema de salud colombiano, partiendo de una herramienta didáctica denominada "clasificador de programas sociales" que, para el sector salud, se ejemplifica así en las tres estrategias base del MSR[133]:

i) ***Prevención del riesgo***, mediante acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

[133] Véase la sección 2.6 "Sistema de Protección Social –SPS" (páginas 129 y ss)

ii) ***Mitigación del riesgo***, mediante el aseguramiento -seguro universal- (Plan Obligatorio de Salud POS)

iii) ***Superación del riesgo***, mediante tratamiento y curación de la enfermedad

Líneas de política[134]

1. **Promoción de la salud y la calidad de vida**
2. **Prevención de los riesgos**
3. **Recuperación y superación de los daños en la salud**
4. **Vigilancia en salud y gestión del conocimiento**
5. **Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del PNSP**

El PNSP explica en el capítulo correspondiente a las líneas de política, en qué consiste cada una de ellas, y allí se pueden identificar a grandes rasgos aspectos como definición, objetivos, participantes (con sus atribuciones) y procesos. No resulta demasiado atrevido conectar las tres primeras líneas de política con los tres enfoques que pretende articular el PNSP, y con unos conceptos teóricos más de raíz, respectivamente: 1. Promoción de la salud, 2. Prevención primaria y secundaria y 3. Prevención terciaria, todo ello articulado bajo el modelo de MSR.

La última línea de política, Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del PNSP, es un articulador de actores y procesos.

Las líneas de política se esquematizan aquí bajo cuatro criterios algo arbitrarios: Definición, objetivos, participantes y procesos:

La cuarta línea de política se refiere a vigilancia en salud, desde una concepción que integra varias normas de diversa estratificación, así:

[134] Véase la sección 10.1 “Prevención de la enfermedad y promoción de la salud” (páginas 526 y ss)

Cuadro No. 64. Vigilancia en salud

PROCESO	QUÉ VIGILA	CÓMO	QUIÉN LIDERA
Vigilancia en salud pública	Riesgos y daños individuales y colectivos: • Biológicos • Del comportamiento • Del medio ambiente	• Notificación obligatoria • Vigilancia activa por medio de observatorios y centinelas, entre otros • Investigación de modelos de riesgo y enfermedad en condiciones y eventos priorizados	Instituto Nacional de Salud - INS
Vigilancia en salud en el entorno laboral	• Riesgos laborales • Accidentes de trabajo • Enfermedad derivada de la actividad laboral	Vigilancia activa, haciendo uso, entre otros, de: • Metodología de buenas prácticas • Investigación	Ministerio de la Protección Social - MPS
Vigilancia sanitaria	Riesgos relacionados con: • Alimentos • Medicamentos • Tecnologías en salud • Productos de uso doméstico • Establecimientos públicos • Cadenas productivas	Vigilancia activa, haciendo uso, entre otros, de: • Metodología de buenas prácticas • Investigación	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA

PROCESO	QUÉ VIGILA	CÓMO	QUIÉN LIDERA
Inspección, vigilancia y control de la gestión del SGSSS	[Actores del SGSSS] Conocimiento sobre la situación de salud de la población.	La inspección, vigilancia y control de la gestión del SGSSS es el conjunto de: • Normas • Agentes • Procesos … articulados entre sí en los ejes de: • Financiamiento • Aseguramiento • Prestación de servicios • Atención al usuario • Participación social	Superintendencia Nacional de Salud - SNS

Cuadro No. 65. Líneas de Política PNSP

	Definición	Objetivos	Participantes	Procesos
1. Promoción de la salud y la calidad de vida	Proceso político y social que abarca las acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para: •Mejorar la salud como derecho humano inalienable •Consolidar una cultura de la salud •Integrar el trabajo de los sectores y las instituciones	Fomentar capacidades Generar en individuos y comunidades oportunidades para: •Identificar y satisfacer sus necesidades en salud •Cambiar o adaptarse al medio ambiente •Asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad •Participar en el control social •Desarrollo de una cultura de la salud •Desarrollo de la autonomía individual y colectiva	Vinculación entre: •Sector salud •Otros sectores •Política económica y social	•Dimensión centrada en la noción de salud y la calidad de vida •Se articula y se combina con la acción preventiva •Calidad de vida: Percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive

	Definición	Objetivos	Participantes	Procesos
2. Prevención de los riesgos	Conjunto de acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir	Minimizar la pérdida de bienestar	Intervenciones compartidas entre sectores que tienen incidencia en la salud de las personas	●Prevención primaria: Evitar la aparición de la enfermedad ●Prevención secundaria: Gestionar el riesgo para detener su avance y atenuar sus consecuencias
3. Recuperación y superación de los daños en la salud	Acciones individuales del POS que buscan: ●Recuperar la salud ●Superar los daños Mediante el acceso oportuno y con calidad a los servicios	Detener o reducir: ●Daños ●Cronicidad ●Recidivas ●Secuelas	●Autoridades de salud ●Sociedad en general	Involucra todos los: ●Niveles de atención ●Grados de complejidad En: ●Prevención secundaria ●Prevención terciaria

	Definición	Objetivos	Participantes	Procesos
4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento	Conjunto de procesos sistemáticos y constantes de recolección, análisis, interpretación y divulgación de información para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida	Identificación de las necesidades de salud de la población y sus determinantes	Alianzas entre el sector salud y otros sectores	Procesos de aprendizaje para apropiación del conocimiento para lograr transformación positiva de la realidad: ●Información de salud ●Investigación
5. Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del PNSP	Eje central de: ●Integración ●Coordinación ●Articulación De: ●Competencias ●Responsabilidades ●Funciones	Busca fortalecer las competencias Permite ●Promover liderazgo de entidades territoriales de salud y demás actores ●Apoyar el ejercicio de rectoría y gobernabilidad del sector	Actores en el ámbito ●Público ●Privado ●Comunitario A nivel: ●Nacional ●Territorial ●Institucional Ministerio de la Protección Social con el apoyo de sus entidades adscritas y otras entidades	●Identificar necesidades locales ●Articular respuestas ●Promover ejercicio del poder ●Potenciar desarrollo de autonomía ●Articular procesos ●Competencias de salud pública ●Mecanismos de control y seguimiento ●Fomentar la comunicación en salud

Cuadro No. 66. Estrategias para las Líneas de Política PNSP

<table>
<tr><th>Línea de política Nº</th><th>Nación</th><th>ET</th><th>EPS, ARP, PSS</th></tr>
<tr><td rowspan="2">1. Promoción de la salud y la calidad de vida</td><td colspan="2">• Políticas públicas
• Educación para la salud
• Mejorar la participación social
• Abogacía
• Reorientación de los servicios de salud</td><td rowspan="2">• Conocimiento de derechos y deberes en SGSSS
• Entornos saludables
• Desarrollo individual integral por ciclo vital
• Adopción de estilos de vida saludables
• Salud mental con énfasis en el ámbito intrafamiliar
• Uso racional, adecuado y oportuno de los servicios en salud
• Conformación de redes sociales de apoyo y de usuarios</td></tr>
<tr><td>• Evaluación de las políticas</td><td>• Establecer alianzas para entornos saludables</td></tr>
<tr><td>2. Prevención de los riesgos</td><td colspan="2">• Políticas públicas
• [Monitoreo] de acciones de prevención específica y detección temprana del POS
• Normas técnicas y guías de atención basadas en la evidencia
• [Monitoreo] de intervenciones preventivas de tipo colectivo
• Planes preventivos frente a emergencias y desastres
• [Monitoreo] de servicios preventivos en salud ocupacional y laboral</td><td>• Desarrollo por ciclo vital a nivel individual y familiar de las acciones de prevención específica y detección temprana incluidas en el POS
• Desarrollo de red de prestadores y del sistema de referencia y contrarreferencia
• Cumplimiento de estándares del SOGC
• Mejoramiento continuo de competencias del</td></tr>
</table>

Línea de política Nº	Nación	ET	EPS, ARP, PSS
	• Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud SOGC • Estrategias de prevención de los riesgos para la salud	• Adoptar SOGC • Coordinación y articulación intra y extrasectorial para prevención de riesgos	talento humano y capacitación en salud pública • Evaluación de la percepción del riesgo y satisfacción de los servicios de los usuarios
3. Recuperación y superación de los daños en la salud	• [Monitoreo] de acciones de detección temprana, prevención específica y atención en salud del POS • Desarrollo del SOGC • Acciones de coordinación y articulación intra y extrasectorial para estrategias de recuperación y superación de los daños en la salud • Normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia para estandarizar procesos de atención en el POS • [Monitoreo] de redes de urgencias y sistemas de referencia y contrarreferencia • [Monitoreo] de servicios diferenciales por ciclo vital para atención y rehabilitación de discapacidades • [Monitoreo] de servicios de atención integral de los accidentes de trabajo y enfermedad laboral • [Monitoreo] de servicios de atención integral de los accidentes de trabajo y enfermedad laboral • Fomento de la telemedicina		• Desarrollo de redes de IPS y del sistema de referencia y contrarreferencia • Cumplimiento de estándares del SOGC • Mejoramiento continuo de competencias del talento humano y capacitación en salud pública • Desarrollo por ciclo vital a nivel individual y familiar de las acciones de protección específica y atención en salud en el POS • Fomento y desarrollo de la telemedicina
		• Prestación de servicios de salud a la [población] pobre no	

Línea de política Nº	Nación	ET	EPS, ARP, PSS
		asegurada en lo establecido en el POS-C	
4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento	• [Monitoreo] del análisis de la situación de salud de la población • Sistema de información de salud • Difusión de los resultados en salud		• Sistema de vigilancia en salud • [Monitoreo] de la situación de salud de sus afiliados • Información requerida por el sistema de información de salud
	• [Monitoreo] de acciones de vigilancia en salud • [Monitoreo] del PNSP • Investigación aplicada en áreas del PNSP	• Acciones de vigilancia en salud • Evaluación de impacto de políticas y estrategias • Evaluación de gestión y de resultados en salud	
5. Gestión integral para desarrollo operativo y funcional del PNSP	• Aseguramiento universal en salud priorizando población pobre y vulnerable • Fortalecimiento de capacidad de rectoría, regulación, gestión y fiscalización en salud pública • Planificación y gestión en salud pública • Concertación intersectorial • Modelos de atención en salud de origen intercultural • Mejoramiento continuo de las competencias del talento humano en salud pública • Asesoría y asistencia técnica a los actores del SPS • Promoción del control social y la rendición de cuentas		• Información que permita vigilar, monitorear y evaluar el uso y calidad de los servicios de salud, la percepción de los usuarios y los resultados en salud • Información necesaria para ajustar planes de beneficios • Evaluación y mejoramiento continuo de la calidad • Desarrollo e implementación de los modelos de atención en salud para la población a su cargo, teniendo en cuenta sus diferencias • Mejoramiento continuo de las competencias del talento humano en salud pública • Balance social y rendición de cuentas

Naturalmente a la Nación le cabe más funciones de formulación de políticas y monitoreo, a los entes territoriales la adopción, difusión, vigilancia más algunas actividades y a los aseguradores y prestadores les cabe la ejecución y generación de información. Cada actor cumple con estas disposiciones de acuerdo a las competencias asignadas por la Ley.

Responsabilidades de los actores del sector salud

Este capítulo del PNSP amplía las competencias de los actores:

i) Nación - Ministerio de la Protección Social (MPS)

ii) Departamentos, distritos y municipios categorías E, 1, 2 y 3 (los más grandes y que cuentan con más recursos)

iii) Municipios categorías 4, 5 y 6

iv) Entidades Promotoras de Salud – EPS de ambos regímenes

v) Administradoras de Riesgos Profesionales - ARP

vi) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS

En general, a cada una de estas instancias se le definen funciones referentes a los siguientes aspectos (la discriminación es hecha por el autor):

- Análisis de situación de salud y capacidad de respuesta de los actores
- Plan Nacional de Salud Pública – PNSP, y consecuentemente del Plan de salud territorial - PST a los entes territoriales y Plan Operativo de Acción (o Anual) - POA a aseguradores y prestadores que a la vez concurren en la formulación del PST
- Asistencia y asesoría técnica del PST de MPS, departamentos y EPS a los municipios
- Normas de carácter técnico-científico, administrativo y financiero para ejecución del PST
- Deberes y derechos de ciudadanos y comunidades y control social en el PST a cargo de departamentos, municipios y EPS
- Sistema de Información en Salud – SIS, en orden descendente y ascendente

- Biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI y medicamentos e insumos críticos para las condiciones priorizadas, en que la Nación distribuye, los departamentos hacen red de frío y los municipios apoyan
- Salud ocupacional y riesgos profesionales asunto entre la Nación, que por fin se apersona de la población que no tiene empleo formal, y las ARP
- Vigilancia en salud: la Nación y el departamento lideran, los demás operan
- Autoridad sanitaria: obviamente a cargo de las instancias del estado (Nación, departamento y municipio)
- Recuperación y superación de los daños en la salud: a cargo de aseguradores y prestadores
- Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud SOGC que deben cumplir las EPS e IPS

Es del caso retomar que el departamento asume las funciones referidas a factores de riesgo del ambiente, control de vectores y zoonosis y distribución y comercialización de alimentos, para los municipios de categoría 4, 5 y 6.

Según el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, es responsabilidad de los aseguradores el implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se enmarquen dentro las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública. La gestión y resultados deben ser monitoreados a través de los mecanismos de evaluación (artículo 2° de la misma Ley).

Cuadro No. 67. Distribución de competencias entre los actores del PNSP

	Nación - MPS	Departamentos, distritos y municipios E, 1, 2 y 3	Municipios 4, 5 y 6	EPS	ARP	IPS
Análisis de situación de salud y capacidad de respuesta de los actores	• Realizar • Actualizar • Divulgar Con base en: • Investigaciones • Información del SIS	• Realizar • Actualizar • Divulgar	• Participar en su territorio en desarrollo de análisis	• Análisis de situación de salud de población afiliada	• Análisis de situación de salud de población afiliada	
Plan Nacional de Salud Pública - PNSP	Con actores intra y extrasectoriales: • Diseñar • Desarrollar • Articular	Adoptar y adaptar PNSP Formular: • Plan de Salud Territorial - PST • Plan operativo anual [POA]	Concertar metas y estrategias con actores intra y extrasectoriales			
Plan de salud territorial - PST	Definir acciones del PST	• Tramitar ante Consejo Territorial de Planeación inclusión en Plan de Desarrollo Territorial • Ejecución y seguimiento		Articularse con direcciones territoriales para participar en su elaboración		Implementar mecanismos de monitoreo para: • Promoción de la salud • Prevención de los riesgos

	Nación - MPS	Departamentos, distritos y municipios E, 1, 2 y 3	Municipios 4, 5 y 6	EPS	ARP	IPS
Plan operativo de acción anual – [POA]				Formular discriminado territorialmente de acuerdo con lineamientos del MPS	Plan anual de acción de prevención de riesgos profesionales de acuerdo con las instrucciones del MPS	
Asistencia y asesoría técnica de PST	Brindar a departamentos, distritos y municipios	Brindar a entidades de acuerdo a sus competencias		Plan de Asesoría, Asistencia técnica y Auditoría para IPS de su red		
Normas de carácter técnico-científico, administrativo y financiero para el PST	Diseñar, implementar y evaluar desarrollo de líneas de política	Adoptar normas según MPS		Adoptar y aplicar para cumplimiento de POS		Adoptar y aplicar para cumplimiento de metas del PNSP

	Nación - MPS	Departamentos, distritos y municipios E, 1, 2 y 3	Municipios 4, 5 y 6	EPS	ARP	IPS
Deberes y derechos de ciudadanos y comunidades y control social en el PST		Promover ejercicio pleno en: • Planeación • Ejecución • Seguimiento • Control social		• Promover conocimientos de su población • Promover conformación de redes sociales		
Sistema de información en salud - SIS	• Definir • Desarrollar • Administrar • Actualizar	• Generar información requerida según defina MPS	• Generar información requerida según defina MPS	• Adoptar sistema de evaluación por resultados y rendición de cuentas		• Generar información requerida
Biológicos del PAI y medicamentos e insumos para las condiciones priorizadas	• Definir • Adquirir • Distribuir	• Distribuir • Garantizar conservación y red de frío	• Apoyar funcionamiento en coordinación con departamento			
Salud ocupacional y riesgos profesionales	• Definir intervenciones, en especial en sector informal • Vigilancia y Control de ARP				Articularse con direcciones territoriales para metas en riesgos ocupacionales en PST	

	Nación - MPS	Departamentos, distritos y municipios E, 1, 2 y 3	Municipios 4, 5 y 6	EPS	ARP	IPS
Vigilancia en salud	• Sistema nacional de vigilancia de riesgos profesionales y ocupacionales • Sistema de vigilancia sanitaria en coordinación con INVIMA	Coordinar en su jurisdicción: • Vigilancia en salud pública • Vigilancia sanitaria • IVC del SGSSS	Operación, en coordinación con departamento, de: • Vigilancia en salud pública	Operación de: • Vigilancia en salud pública • IVC del SGSSS	Operación de: • Vigilancia en salud pública • Vigilancia en salud en el entorno laboral	Operación de: • Vigilancia en salud pública • Vigilancia en salud en el entorno laboral • IVC del SGSSS
Autoridad sanitaria	• Cumplir con Reglamento Sanitario Internacional • Fortalecer y regular Red nacional de laboratorios y SGC de laboratorios de salud pública	• Autoridad sanitaria en su jurisdicción	• Autoridad sanitaria en su jurisdicción			

	Nación - MPS	Departamentos, distritos y municipios E, 1, 2 y 3	Municipios 4, 5 y 6	EPS	ARP	IPS
Recuperación y superación de los daños en la salud				• Seguimiento y análisis por cohortes de pacientes con condiciones priorizadas por MPS	• Garantizar atención y rehabilitación de daños ocasionados por ATEP • Proteger trabajadores con discapacidad	
Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud SOGC				• Cumplimiento de los estándares que le corresponden		• Cumplimiento de los estándares que le corresponden

Situación de salud

Tomando como fundamento varias fuentes de información, en este apartado se

Se trata en este apartado acerca de:

- Demografía y salud: dinámica de crecimiento poblacional, composición y tamaño de la familia colombiana
- Salud materna e infantil: mortalidad infantil, enfermedades prevalentes en la infancia, salud materna, métodos anticonceptivos, fecundidad en adolescentes
- Enfermedades transmisibles: infección por VIH, tuberculosis
- Enfermedades transmitidas por vectores: malaria, dengue, leishmaniasis, fiebre amarilla
- Enfermedades crónicas no transmisibles: cáncer, algunas enfermedades crónicas, trastornos de la salud mental y del consumo de sustancias psicoactivas
- Violencia y lesiones de causa externa: homicidios, lesiones infligidas intencionalmente por otra persona, suicidio, violencia intrafamiliar
- Nutrición: lactancia materna exclusiva y total, desnutrición global en niños menores de 5 en años
- Condiciones de vida
- Riesgos asociados con la interacción del hombre con el ambiente y otros determinantes de salud: estudios de calidad de vida y desarrollo humano, índice de desarrollo humano - IDH, porcentaje de personas con al menos una necesidad básica insatisfecha - NBI, índice de condiciones de vida - ICV, riesgos relacionados con el saneamiento básico, riesgos ambientales que constituyen problemas de salud de alto impacto
- Población en condiciones de vulnerabilidad: situación de desplazamiento forzoso, grupos étnicos, población con discapacidad

Prioridades nacionales en salud

1. Salud infantil
2. Salud sexual y reproductiva
3. Salud oral
4. Salud mental y lesiones violentas evitables
5. Enfermedades transmisibles y zoonosis
6. Enfermedades crónicas no transmisibles
7. Nutrición
8. Seguridad sanitaria y del ambiente
9. Seguridad en el trabajo y enfermedades de origen laboral
10. Gestión para el desarrollo operativo y funcional del PNSP

El PNSP pone a cada uno de estas prioridades unas metas en parte tomadas de compromisos internacionales como la Iniciativa de Salud de las Américas (incluyendo Funciones Esenciales de Salud Pública - FESP [OPS, 2001]), la Agenda de acuerdos entre los Ministros de Salud del Área Andina, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el recientemente promulgado Reglamento Sanitario Internacional.

Para lograr estas metas se postulan una serie de estrategias para cada una de las primeras nueve prioridades, y que se enmarcan en las cuatro primeras líneas de política del PNSP, agrupadas así:

i) Línea de política Nº 1 Promoción de la salud y la calidad de vida [enfoque poblacional, promoción de la salud]

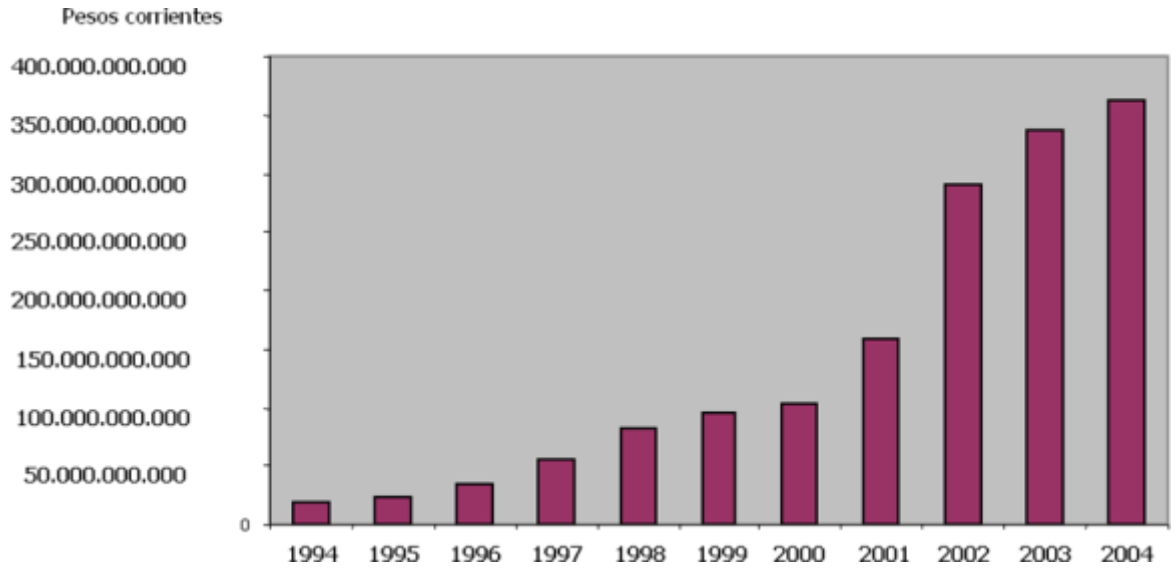
ii) Línea de política Nº 2 Prevención de los riesgos y Línea de política Nº 3 Recuperación y superación de daños en la salud [enfoque de determinantes, prevención de la enfermedad, primaria, secundaria y terciaria]

iii) Línea de política Nº 4 Vigilancia en salud y gestión del conocimiento. La Línea de política Nº 5 Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del PNSP, que sólo concurre con el objetivo 10 (Gestión para el desarrollo operativo y funcional del PNSP).

Financiación del PNSP

Agrupando de la misma forma las cinco líneas de política, el PNSP establece las fuentes de financiación en el ámbito de la Nación, los entes territoriales, las EPS, las ARP y un breve apartado referente a accidentes de tránsito. Aquí se compila, más que hacer formulaciones, de donde provienen los recursos para salud pública en la compleja arquitectura financiera del sistema de salud colombiano. Omitiendo refinamientos, los recursos de la Nación provienen del Presupuesto General de la Nación – PGN, la subcuenta de promoción de FOSYGA y recursos de crédito externo. Los entes territoriales financian la salud pública con recursos de transferencias (Sistema General de Participaciones - SGP), recursos para población pobre no afiliada y recursos propios. Las EPS de los recursos que se empleen en salud pública y funcionamiento de la respectiva Unidad de Pago por Capitación – UPC de cada régimen y las ARP de los Recursos de la cotización para acciones de salud pública e investigación.

Gráfico No 70. Recursos salud publica colectiva 1994 - 2004 inversión nacional, ICN - SGP



Fuente: Ministerio de la Protección Social, 2005 (*en pesos corrientes*)

10.3.2 Plan de Salud Territorial

La Resolución 425 de 2008 "Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial [PST], y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales" establece que el Plan de Salud Territorial a cargo de las Direcciones territoriales de salud tiene los siguientes componentes:

- Acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (complementa las acciones del Plan Obligatorio de Salud y reemplaza el Plan de Atención Básica)
- Acciones del POS [POS-C y POS-S, regímenes contributivo y subsidiado]
- Acciones del [plan de beneficios del Sistema General de] Riesgos Profesionales
- Evaluación de resultados

Cuadro No. 68. Fuentes de derecho **del Plan de Salud Territorial [PST]**

Norma	Tema	Contenidos relacionados
Ley 152 de 1994	Ley Orgánica del Plan de Desarrollo	Implementación: Capítulos VIII, IX y X
Ley 100 de 1993	Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI)	Libro II: SGSSS
Ley 715 de 2001	Transferencias y competencias entes territoriales	Título III Sector salud
Ley 1122 de 2007	Reordenamiento SGSSS	Capítulo VI "De la salud pública"
Ley 1151 de 2007	Plan Nacional de Desarrollo	Artículo 6, fundamentalmente los numerales 3.2 y 3.3 sobre Sistema de Protección Social

Norma	Tema	Contenidos relacionados
Decreto 3039 de 2007	Plan Nacional de Salud Pública	Todo

La elaboración y aprobación del PST consta de tres fases: Generación de condiciones para la planeación, Elaboración del Proyecto de PST y Aprobación y socialización de los proyectos. Allí se integra el presupuesto anual de salud territorial, la planeación indicativa de salud territorial y la planeación plurianual. Luego de ello se procede a la elaboración y aprobación de los Planes Operativos Anuales (POA).

En el proceso de elaboración de los Planes Operativos Anuales se hace la elaboración de los proyectos por cada eje programático y subprograma y la programación operativa anual de inversiones de salud territorial por cada eje programático, para la posterior aprobación de los POA.

En la ejecución y financiación del plan de salud territorial se articulan los componentes del marco teleológico del PST en lo relacionado con recursos financieros y presupuestales, recurso humano responsable y cultura organizacional, recursos de información y procesos de gestión de la dirección territorial de salud (misionales, de apoyo y de control social).

En el seguimiento, evaluación y control del plan de salud territorial se debe elaborar un informe de gestión y hacer rendición de cuentas (2 veces al año), brindando información a la ciudadanía.

Cuadro No. 69. Acciones de obligatorio cumplimiento en los ejes programáticos del PST

Ejes Programáticos	Áreas subprogramáticas
1. Aseguramiento (Gestión)	a. Promoción de la afiliación al SGSSS b. Identificación y priorización de la población a afiliar c. Gestión y utilización de los cupos del Régimen Subsidiado d. Adecuación tecnológica y recurso humano para la administración de la afiliación en el municipio e. Celebración de los contratos de aseguramiento f. Administración de bases de datos de afiliados g. Gestión financiera del giro de los recursos h. Interventoría de los contratos del Régimen Subsidiado i. Vigilancia y control del aseguramiento
2. Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud (desarrollo de la política nacional de PSS)	a. Mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud b. Mejoramiento de la calidad en la atención en salud c. Mejoramiento de la eficiencia en la prestación de servicios de salud y sostenibilidad financiera de las IPS públicas
3. Salud Pública (carácter individual y colectivo)	a. Promoción de la salud y calidad de vida b. Prevención de los riesgos (biológicos, sociales, ambientales y sanitarios) c. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento d. Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del plan nacional en salud pública
4. Promoción Social	a. Promoción de la salud, prevención de riesgos y atención de las poblaciones especiales b. Acciones de salud en la "red para la superación de la pobreza extrema - red juntos" c. Acciones educativas de carácter no formal dirigidos a técnicos profesionales y líderes comunitarios sobre promoción social

Ejes Programáticos	Áreas subprogramáticas
5. Prevención, Vigilancia y Control de Riesgos Profesionales (riesgos en salud y de origen laboral en ámbitos laborales)	a. Promoción de la salud y calidad de vida b. Inducción a la demanda a los servicios de promoción de la salud y prevención de los riesgos c. Inspección, vigilancia y control de los riesgos sanitarios, fitosanitarios, ambientales y riesgos en las empresas con base en los riesgos profesionales d. Sensibilización para la reincorporación y la inclusión del discapacitado en el sector productivo e. Seguimiento, evaluación y difusión de resultados de la vigilancia en salud
6. Emergencias y Desastres	a. Gestión para la identificación y priorización de los riesgos de emergencias y desastres b. Articulación intersectorial para el desarrollo de los planes preventivos, de mitigación y superación de las emergencias y desastres c. Fortalecimiento institucional para la respuesta territorial ante las situaciones de emergencias y desastres d. Fortalecimiento de la red de urgencias

El Plan de salud pública de intervenciones colectivas incluye un prolijo listado de líneas de acción en Promoción de la salud y calidad de vida y Acciones de prevención de los riesgos en salud.

La contratación de las acciones de promoción de la salud y calidad de vida y prevención de los riesgos en salud del plan de salud pública de intervenciones colectivas debe hacerse con las IPS públicas del área de influencia de acuerdo con su capacidad técnica y operativa, siempre que cumplan las condiciones del SOGC del SGSSS[135].

[135] Para el componente de financiación véase lo referente a la Subcuenta de Salud Pública Colectiva de la sección 5.4.4 "Estructura de los fondos de salud" (página 308)

10.3.3 Vigilancia en salud pública

Fundamentos vigilancia en salud pública[136]

En el marco de la Ley 100/93, la vigilancia epidemiológica es considerada como una herramienta de utilidad de salud pública y de los planes de beneficio, ya que permite conocer el comportamiento de los eventos que se relacionan con el proceso salud-enfermedad, caracterizar la población beneficiaria de los planes de seguridad social en salud, para desarrollar intervenciones orientadas a la promoción, prevención y control de la salud y la enfermedad.

Para dar cumplimiento a lo anterior, cada uno de los actores del sistema tiene responsabilidades específicas:

- El Ministerio de la Protección Social, debe dirigir y controlar el sistema nacional de vigilancia en salud pública a través de la normatización, asesoría técnica y financiera, planteamiento de lineamientos y evaluación
- Las direcciones seccionales de salud, son las encargadas de la gerencia del sistema de vigilancia epidemiológica a este nivel, adoptar y adaptar las normas de carácter nacional, apoyar las direcciones locales en el control de brotes y emergencias, prestar asesoría a las direcciones locales y a las IPS en cuanto a las intervenciones de vigilancia y evaluación se refiere
- Las direcciones locales de salud, son las responsables de la gerencia, asesoría, vigilancia y control del sistema de vigilancia epidemiológica; así como de garantizar la implementación de las acciones del plan de salud municipal
- Las EPS son las responsables por las acciones individuales de diagnóstico, tratamiento, notificación y rehabilitación de eventos sujetos a vigilancia epidemiológica de los afiliados y beneficiarios
- Las IPS son las encargadas de operativizar las responsabilidades de las EPS, la notificación, aplicación de protocolos de vigilancia epidemiológica, asesoría técnica a nivel institucional y análisis de la información para orientar y definir las intervenciones

---

[136] Tomado y resumido de: Asignatura Vigilancia Epidemiológica (dirigido a estudiantes de pre y posgrado y trabajadores del área de la salud). Myriam Abaunza De González, Universidad Nacional de Colombia. En: http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/2002847/lecciones (Consultado: diciembre de 2007)

- Las ARP son las responsables de los planes y programas de salud ocupacional y de las intervenciones de vigilancia en esta área
- Los individuos, son los responsables por su autocuidado y su participación activa en las intervenciones de vigilancia epidemiológica

Marco normativo:

- La Ley 9ª de 1979 ("Código Sanitario Nacional") en el título VII reglamenta la vigilancia y el control epidemiológico para el diagnóstico, pronóstico, prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles y demás fenómenos que puedan afectar la salud; además contempla la recolección, procesamiento y difusión de la información epidemiológica. El título XI, reglamenta la vigilancia y control para asegurar una adecuada situación de higiene y seguridad en todas las actividades, así como para vigilar su cumplimiento a través de las autoridades de salud
- El decreto 1918 de 1994, reglamentario de la Ley 100 de 1993, en el artículo 2 numeral 3, establece la obligatoriedad para las IPS del reporte de estadísticas en salud
- La resolución 412 del 2000 sobre actividades, procedimientos e intervenciones de la demanda inducida y de obligatorio cumplimiento, define el seguimiento de los indicadores de gestión de las EPS, especialmente para eventos con estrategia de vigilancia centinela, de cumplimiento y calidad, que permitan tener conocimiento de las intervenciones que favorecen el mantenimiento de la salud de la población.
- La Ley 715 de 2001 en el artículo 42 "Competencias en salud por parte de la Nación" le determina "Definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con la participación de las entidades territoriales".
- El decreto 205 de febrero 3 del 2003, por el cual se determinan los objetivos, la estructura orgánica y las funciones del ministerio de la protección social y se dictan otras disposiciones, en el artículo 19 en el cual determina las funciones de la Dirección General de salud Pública, en el literal 4 menciona las actividades de evaluación de las entidades territoriales en relación con el sistema de vigilancia en salud pública y en el numeral 7 determina como función la coordinación y orientación del sistema de vigilancia en salud pública y el control de enfermedades de obligatorio registro. En el numeral 10 especifica la función de dirigir, vigilar y controlar las acciones que en

materia de prevención y control de enfermedades y vigilancia en salud pública ejecuten las entidades del sector y del sistema general de seguridad social en salud.

- El Decreto 3518 DE 2006 “crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública”.
- La Ley 1122 de 2007 en el artículo 34 "supervisión en algunas áreas de salud pública” establece que corresponde además al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA como Autoridad Sanitaria Nacional: (…) b) La competencia exclusiva de la inspección, vigilancia y control de la producción y procesamiento de alimentos, de las plantas de beneficio de animales, de los centros de acopio de leche y de las plantas de procesamiento de leche y sus derivados así como del transporte asociado a estas actividades; c) La competencia exclusiva de la inspección, vigilancia y control en la inocuidad en la importación y exportación de alimentos y materias primas para la producción de los mismos, en puertos, aeropuertos y pasos fronterizos. Corresponde a los departamentos, distritos y a los municipios de categorías 1ª 2ª, 3ª y especial, la vigilancia y control sanitario de la distribución y comercialización de alimentos y de los establecimientos gastronómicos, así como, del transporte asociado a dichas actividades.
- El decreto 3039 de 2007 clasifica la Vigilancia en Salud en: Vigilancia en salud pública, Vigilancia en salud en el entorno laboral, Vigilancia sanitaria e Inspección, vigilancia y control de la gestión del SGSSS

SIVIGILA

El Decreto 3518 de 2006 “Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública” – SIVIGILA, es la norma marco de la vigilancia en salud pública.

El SIVIGILA se ocupa de “la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva”.

Las disposiciones del SIVIGILA rigen en todo el territorio nacional y son de obligatorio cumplimiento y aplicación por parte de las instituciones e integrantes del SGSSS y las entidades responsables de los regímenes de excepción, las personas y la comunidad, así como otras organizaciones o

instituciones de interés fuera del sector cuando sus actividades influyan en la salud de la población y que puedan generar información útil.

Funcionamiento del SIVIGILA

La organización y funcionamiento del SIVIGILA se fundamenta en los principios de eficacia, eficiencia, calidad, previsión y unidad.

La implementación y desarrollo del SIVIGILA es responsabilidad del Ministerio de la Protección Social, los Institutos Nacional de Salud, INS y de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, las Direcciones Departamentales, Distritales y municipales de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de salud – EAPB, las Unidades Notificadoras y las Unidades Primarias Generadoras de Datos. En un nivel directivo el ministerio y sus entidades adscritas en una labor técnica y de asesoría, las direcciones territoriales en el aspecto operativo, Las EAPB participando en las estrategias planteadas por la autoridad sanitaria territorial, la comunidad puede concurrir como fuente informal de datos y, finalmente, las unidades mencionadas, obran de acuerdo a su definición:

Unidad Notificadora:	Entidad pública (direcciones territoriales de salud y entidades del sector y de otros sectores, con características de instituciones de referencia) responsable de la investigación, confirmación y configuración de los eventos de interés en salud pública, con base en la información suministrada por las Unidades Primarias Generadoras de Datos y cualquier otra información obtenida a través de procedimientos epidemiológicos.
Unidad Primaria Generadora de Datos – UPGD:	Entidad pública o privada que capta la ocurrencia de eventos de interés en salud pública y genera información útil y necesaria para los fines del SIVIGILA. Son: los Prestadores de Servicios de Salud – PSS; los laboratorios clínicos y de citohistopatología; los bancos de sangre, de órganos y de componentes anatómicos; las unidades de biomedicina reproductiva y demás entidades del sector, así como entidades de otros sectores.

Las UPGD son responsables de la captación inicial de datos y de su transferencia a las Unidades Notificadoras, las cuales son responsables de la configuración de casos de los eventos bajo vigilancia en el nivel municipal, departamental o distrital y de éstos al nivel nacional para su

consolidación en el Sistema de Información para la Vigilancia en Salud Pública. El Ministerio de la Protección Social informa los datos de vigilancia que requieran los organismos internacionales.

Información en el SIVIGILA

Los procesos básicos de la vigilancia en salud pública incluyen la recolección y organización sistemática de datos, el análisis e interpretación, la difusión de la información y su utilización en la orientación de intervenciones en salud pública.

Los datos básicos relativos a los eventos objeto de vigilancia, así como las fuentes y procedimientos para su recolección, consolidación, procesamiento, transferencia, análisis y difusión, son definidos según modelos y protocolos de vigilancia.

La información relacionada con la ocurrencia de un evento de interés en salud pública no está cobijada por el secreto profesional, pero la información relativa a la identidad de las personas, obtenida durante el proceso de vigilancia en salud pública, es de carácter confidencial y es utilizada exclusivamente por parte de las autoridades sanitarias para fines de la vigilancia.

Todos los integrantes del SIVIGILA, que generen información de interés en salud pública, deben realizar la Notificación Obligatoria de los eventos de reporte obligatorio definidos en los modelos y protocolos de vigilancia.

El Ministerio de la Protección Social define y reglamenta el Sistema de Información para la Vigilancia en Salud Pública que hace parte del Sistema Integrado de Información de la Protección Social - SISPRO.

Todos los responsables del SIVIGILA deben realizar el análisis del comportamiento de los eventos sujetos a la vigilancia en salud pública con el objeto de orientar las intervenciones en salud y la formulación de planes de acción en salud pública en su jurisdicción y los que desarrollen procesos de análisis de información de salud pública, deben divulgar los resultados de la vigilancia en el ámbito de influencia de cada entidad. Las autoridades sanitarias formulan las recomendaciones científicas y técnicas que los responsables de la vigilancia y control epidemiológico deben aplicar para la prevención y control de los problemas de salud de la población.

El Ministerio de la Protección Social establece los lineamientos técnicos para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, mediante la expedición o adaptación de modelos y protocolos de vigilancia.

El SIVIGILA se rige por las normas y procedimientos estandarizados. Las pruebas de laboratorio que se requieren en desarrollo de la vigilancia en salud pública deben atender los requerimientos establecidos en los protocolos establecidos.

Organización y gestión del SIVIGILA

El Ministerio de la Protección Social establece los mecanismos para la integración y operación del SIVIGILA. En concordancia, las diferentes entidades deben articular estas disposiciones al Plan Sectorial de Salud.

Todos los sectores deben adoptar adoptarán las normas del Reglamento Sanitario Internacional que son de obligatorio cumplimiento. El Ministerio de la Protección Social - Dirección General de Salud Pública es el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional, en concurrencia con la Organización Mundial de la Salud y demás organismos sanitarios internacionales.

La Comisión Nacional Intersectorial de Vigilancia en Salud Pública (acogido al artículo 45 de la Ley 489 de 1998) es una instancia asesora del Ministerio de la Protección Social que debe reunirse cada seis meses, y está integrada por los ministros o delegatarios de la Protección Social (presidente y secretario técnico); Agricultura y Desarrollo Rural; Comercio, Industria y Turismo; Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial; y Transporte más los Directores del Departamento Nacional de Planeación – DNP; del Sistema de Prevención y Atención de Desastres del Ministerio del Interior y de Justicia; más un representante de las Facultades de Ciencias de la Salud del país. Pueden también citarse expertos en temas específicos.

Los departamentos, distritos y municipios (así como las EAPB, IPS y los organismos de los regímenes de excepción) deben crear Comités de Vigilancia en Salud Pública en sus respectivas jurisdicciones, integrados por representantes regionales de los distintos sectores involucrados en el desarrollo de la red de vigilancia. Pueden actuar como Comités de Vigilancia en Salud Pública, los Comités de Vigilancia Epidemiológica - COVE, Comités de Infecciones Intrahospitalarias, Comités de Estadísticas Vitales, Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria - COVECOM u otros Comités afines. Los Comités de Vigilancia en Salud Pública departamentales, distritales y municipales deben realizar el análisis e interpretación de la información y emitir recomendaciones para la toma de decisiones y asesorar y apoyar a la autoridad sanitaria territorial.

Vigilancia y control, medidas sanitarias y sanciones

Las Autoridades Sanitarias del SIVIGILA son el Ministerio de la Protección Social; el Instituto Nacional de Salud, INS; el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, las Direcciones Territoriales de Salud, y todas aquellas entidades que de acuerdo con la Ley ejerzan funciones de vigilancia y control sanitario.

Son Medidas sanitarias preventivas, de seguridad y de control: aislamiento o internación de personas y/o animales enfermos; cuarentena de personas y/o animales sanos; vacunación u otras medidas profilácticas de personas y animales; control de agentes y materiales infecciosos y tóxicos, vectores y reservorios; desalojamiento, clausura temporal parcial o total de establecimientos o viviendas; suspensión parcial o total de trabajos o servicios; decomiso, destrucción, desnaturalización, congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos. En caso de epidemias o situaciones de emergencia sanitaria nacional o internacional se pueden adoptar medidas de carácter urgente.

Las medidas de seguridad son de inmediata ejecución, tienen carácter preventivo y transitorio y se aplicarán sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar; Si los hechos materia del procedimiento sancionatorio son constitutivos de delito, se deben poner en conocimiento de la autoridad competente. Para la aplicación de las medidas sanitarias, las autoridades competentes pueden actuar de oficio, por conocimiento directo o por información de cualquier persona o de parte del interesado y puede terminar en Formulación de cargos o cesación del procedimiento, conforme al Código Contencioso Administrativo. Contra estos actos administrativos proceden los recursos de reposición y apelación.

La Verificación de los hechos objeto del procedimiento (visitas, investigaciones de campo, tomas de muestras, exámenes de laboratorio, mediciones, pruebas químicas o de otra índole, inspecciones sanitarias y en general las que se consideren conducentes) no puede exceder de dos meses.

Las autoridades sanitarias competentes en cada caso son consideradas como de policía de conformidad con el artículo 35 del Decreto Ley 1355 de 1970 (Código Nacional de Policía).

Las sanciones pueden consistir en amonestaciones, multas, decomiso de productos o artículos, suspensión de permiso sanitario de funcionamiento de establecimientos y servicios, y cierre temporal o definitivo de establecimiento, edificación o servicio respectivo.

Aplicada una medida sanitaria se procede inmediatamente al procedimiento sancionatorio. Las medidas sanitarias surten efectos inmediatos, no procede recurso y sólo requiere el levantamiento de acta detallada. Se levantan cuando desaparezcan las causas que las originaron.

Financiación de la vigilancia en salud pública

En el nivel nacional, con recursos provenientes del Presupuesto General de la Nación; En los departamentos, distritos y municipios, con recursos del Sistema General de Participaciones y recursos propios de las entidades territoriales que se asignen para tal fin. Los recursos recaudados por concepto de multas son destinados para la financiación de actividades de vigilancia y control epidemiológico por las entidades sanitarias que las hayan impuesto.

Las acciones individuales de vigilancia y control implícitas en el proceso de detección, diagnóstico y atención en salud de los individuos y familias se hacen con cargo a los recursos que financian los POS o con cargo a los recursos de subsidio a la oferta, según el caso.