

Copia

República de Colombia



Presidencia
28-01/10
Am!
2:26 pm
[Signature]

Bogotá D.C., 28 de enero de 2010

Doctores
JAVIER CÁCERES LEAL
Presidente H. Senado de la República
EDGAR GÓMEZ ROMÁN
Presidente H. Cámara de Representantes
Ciudad

SENADO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
PRESIDENCIA
RECIBO DE CORRESPONDENCIA
28 ENE 2010
Rad. No. _____
Respuesta No. *[Signature]*
hora: 2:00 pm

Ref: Informe al H. Congreso de la República sobre la declaratoria del Estado de Emergencia Social en todo el territorio nacional ordenado a través del Decreto 4975 de 2009

Respetados señores Presidentes:

De conformidad con lo establecido en el inciso 5o del artículo 215 de la Constitución Política, el Gobierno Nacional presenta al H. Congreso de la República informe motivado sobre las causas que determinaron el estado de Emergencia Social declarado a través del decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009 y las medidas adoptadas al amparo de dicha determinación.

INTRODUCCIÓN

El presente documento pretende poner en consideración del H. Congreso de la República, una serie de argumentos que ponen de presente la situación de la salud en Colombia, pero en particular, las causas que rodearon la declaratoria del estado de excepción contenido en el artículo 215 de la Constitución Política.

Es importante, y así se presenta en el documento, iniciar por un recuento de la situación en la que se encontraba la salud en el país en diciembre del año pasado, la cual motivó la declaratoria que nos ocupa. Posteriormente se hace un análisis de las características de la declaratoria de emergencia social, así como unas consideraciones frente a la conveniencia y oportunidad de la decisión adoptada por el Gobierno Nacional.

PRESIDENCIA
029 JAN 28 P2:34
[Signature]
HONORABLE CÁMARA DE REPRESENTANTES



1. SITUACIÓN AL MOMENTO DE LA DECLARATORIA

El escenario que más adelante se detalla, muestra a través de indicadores y datos relevantes la falta de sostenibilidad del Sistema, lo cual afecta directamente el goce efectivo del derecho a la salud. Esta situación fue evidenciada, tanto por el Gobierno Nacional, como por múltiples actores del sector salud, al momento de la declaratoria de la emergencia social que nos ocupa.

1.1. INCREMENTO DE LOS RECOBROS POR LOS SERVICIOS NO POS

El SGSSS, creado mediante la Ley 100 de 1993, en su concepción inicial y en su análisis financiero no incluía la prestación de servicios de salud (actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos) diferentes a los contenidos en el Plan Obligatorio de Salud –POS-. Sin embargo, durante el proceso de consolidación del sistema, a partir de decisiones judiciales en sede de tutela (particularmente la sentencia SU-480 de 1997¹), surgió la atención denominada de manera genérica lo “No – POS” cuyo comportamiento reciente se ha convertido en una de las principales amenazas a la sostenibilidad financiera del sistema.

En la actualidad estas prestaciones se otorgan a través de los Comités Técnicos Científicos (CTC) creados y conformados según lo dispuesto en el artículo 188 de la Ley 100 de 1993 modificado por el artículo 121 del Decreto Ley 2150 de 1995 para la resolución de controversias de los usuarios por los beneficios incluidos en el POS. Debe anotarse que la jurisprudencia constitucional y luego la Ley 1122 de 2007 en su artículo 14 literal j) amplió las competencias de los CTC para autorizar medicamentos de alto costo no incluidos en el POS para los afiliados del Régimen Contributivo. Posteriormente, la Corte Constitucional, mediante la sentencia C-463 de 2008, declaró la exequibilidad condicionada del mencionado literal bajo el entendido de que las competencias de los CTC se extendían no sólo a los medicamentos sino también a los servicios médicos y también a los afiliados del Régimen Subsidiado, los cuales debían ser financiados en este último caso por las entidades territoriales con cargo a los recursos de Ley 715 de 2001.

Debe recordarse que desde 1998 el FOSYGA comenzó a recibir cobros por medicamentos No POS. En los años siguientes, el volumen de reclamaciones creció sostenidamente, incremento que obligó al Consejo Nacional de Seguridad Social en salud –CNSSS- a destinar cada vez mayores recursos, provenientes de los excedentes del Fosyga, al cubrimiento de dichas prestaciones y, a que el Ministerio generara distintas estrategias para su radicación, revisión y auditoría.

¹ Corte Constitucional, sent. C-SU-480 de 25 de septiembre de 1997, M.P. Alejandro Martínez Caballero.



En años más recientes, como consecuencia de lo ordenado en el artículo 13 del Decreto Ley 1281 de 2002, se generó un incremento sustancial de la radicación de reclamaciones por fallos de tutela y por medicamentos No POS, las cuales se encontraban represadas en las entidades de aseguramiento y que no habían sido presentadas al FOSYGA. Como resultado de lo anterior se radicaron volúmenes importantes de recobros que fueron atendidos por el Ministerio de la Protección Social, congestionando su gestión administrativa. Esta circunstancia dio lugar a la contratación de las actividades de revisión, análisis y auditoría de los recobros presentados.

1.1.1. Evolución en el pago de los recobros por CTC y fallos de tutela en el régimen contributivo

De acuerdo con la información que se presenta en el cuadro siguiente, el número de recobros ante la subcuenta de compensación del Fosyga pasó de 1.088 en 2000 a más de 2 millones en 2009 y el valor, de \$4.2 miles de millones a más de \$2 billones en el mismo período. Resulta claro que entre 2006 y 2009, en un lapso de 4 años, tanto el número como el valor de los recobros prácticamente se multiplicó por cuatro. En 2009, el monto de recobros No POS superó los \$2 billones, 20% del total de recursos de esta subcuenta, cuyo destino es el aseguramiento de cerca de 18 millones de afiliados al régimen contributivo. Ello evidencia la dramática presión del gasto No POS sobre los recursos del aseguramiento en el Régimen Contributivo, si se tiene en cuenta que los excedentes de la subcuenta del Fosyga se han consumido para el cumplimiento de las prestaciones No POS.

Número y valor de recobros ante el FOSYGA 2000-2009

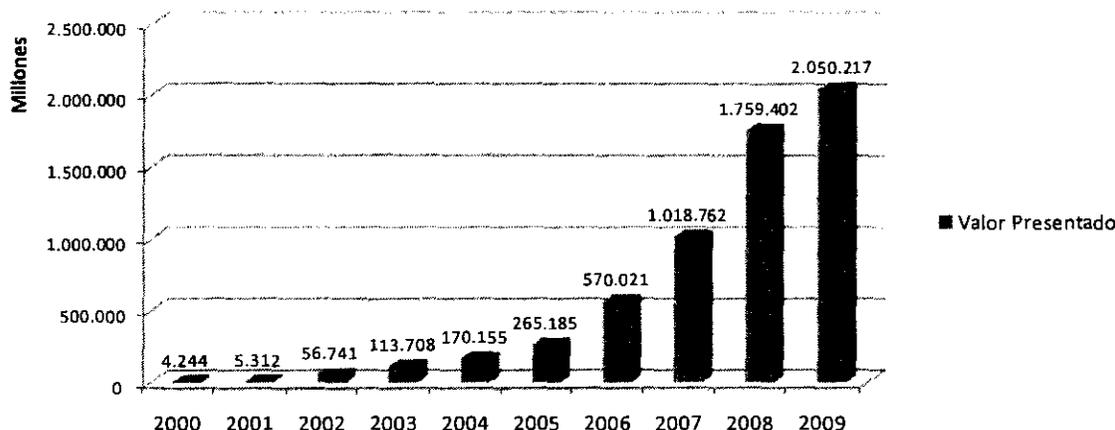
AÑO	Número	Valor (\$)
2000*	1088	4,243,707,788
2001	638	5,312,065,336
2002	68.986	56,741,403,512
2003	133.070	113,708,143,232
2004	156.788	170,154,746,532
2005	257.309	265,184,808,391
2006	555.055	570,020,905,611
2007	835.541	1,018,762,350,922
2008	1.657.461	1.759.402.261.989
2009**	2.089.597	2.050.216.972.289

*/ Incluye radicados de 1997, 1998, 1999 y 2000

**/ Corresponde a radicados hasta diciembre 15.

Fuente: Base de datos de recobros administrada por el Consorcio FIDUFOSYGA 2005, 2009.

Valor de los recobros presentados al Fosyga, 2000-2009 (Millones de pesos)

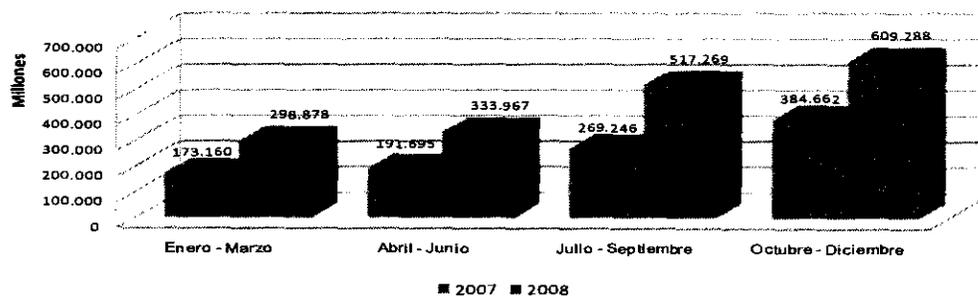


Fuente: Base de datos de recobros administrada por el Consorcio FIDUFOSYGA 2005.

Desde el año 2007 el incremento, tanto en número como en monto de los recobros ante el Fosyga por prestaciones No POS, muestra un comportamiento desbordado. En efecto, entre 2007 y 2009, el número de recobros aumentó en 101% mientras el valor de los mismos se incrementó en 150%.

El importante aumento de los recobros entre 2007 y 2008, en particular entre el segundo semestre de 2007 y el mismo período de 2008, se explica en el pago de fallos de tutela que se incrementaron al eliminarse ciertos requisitos para realizar dichos recobros, atendiendo las órdenes consignadas en la Sentencia T-760 de 2008 y la acción popular de 2007 que ya había obligado a acelerar los pagos.

Valor recobrado ante el Fosyga por concepto de prestaciones No POS en el régimen contributivo (Millones de pesos)

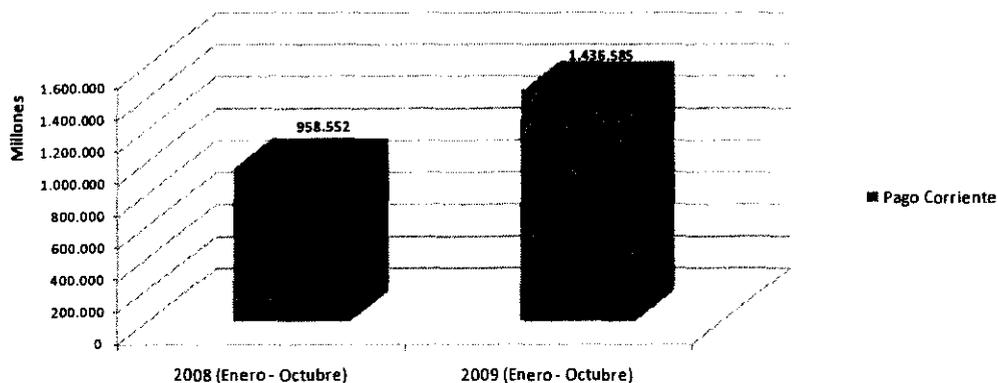


Fuente: Base de datos de recobros administrada por el Consorcio FIDUFOSYGA 2005.



Al comparar el comportamiento del valor de los recobros en lo corrido del año 2009 hasta octubre frente al mismo período del año anterior, se evidencia una aceleración del gasto corriente del No POS por parte del FOSYGA, con una tasa de crecimiento de 49.87%.

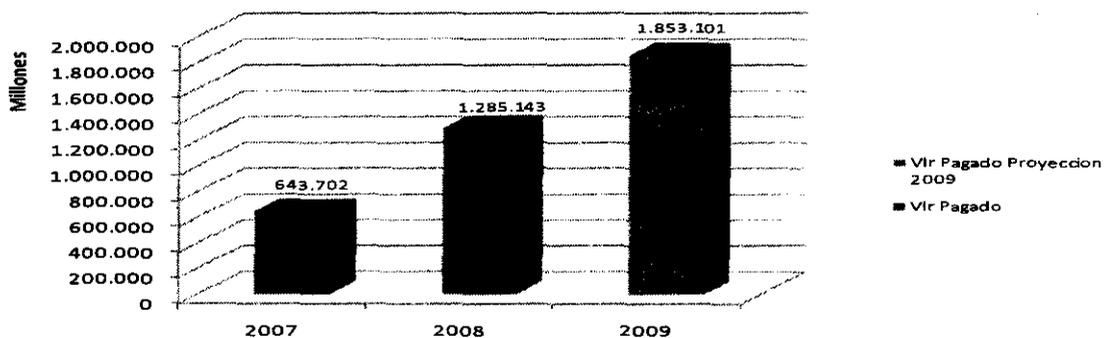
Pagos corrientes del Fosyga por concepto de prestaciones No POS (Millones de pesos)



Fuente: Base de datos de recobros administrada por el Consorcio FIDUFOSYGA 2005.

Una estimación de los recobros para la totalidad de año 2009 mostraría que los recursos destinados a este fin han tenido un crecimiento marcado en los últimos 3 años y constituyen un gran riesgo para el equilibrio financiero del SGSSS. Mientras en el año 2007 se pagaron recobros por valor de \$643 mil millones, en el año 2008 se pagaron \$1.2 billones y se estima que para diciembre de 2009 dichos pagos ascenderán a \$1,85 billones, lo que arrojaría un crecimiento en el último año de 54.2%.

Recobros 2007 y 2008 ante el Fosyga y estimación para 2009 (Millones de pesos)



Fuente: Base de datos de recobros administrada por el Consorcio FIDUFOSYGA 2005.



Presión sobre los recursos del aseguramiento en el régimen contributivo

Como se ilustró anteriormente, en los últimos cinco años el otorgamiento de la protección del derecho a la salud ha venido produciendo una asignación de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud para los servicios no incluidos en los planes de beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, que en principio parecía ser coyuntural. Sin embargo, el comportamiento del valor de los recobros reconocidos por prestaciones No Pos en el Régimen Contributivo, observadas en el año 2009, especialmente en el último semestre, muestra que esa tendencia tiende a ser estructural, afectando el equilibrio financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El gasto derivado de las prestaciones NO POS en el Régimen Contributivo se ha venido atendiendo, no existe otra fuente, con los recursos provenientes de las cotizaciones obligatorias de los afiliados, en principio por excedentes financieros, que se administran en la Subcuenta de Compensación del Fosyga, destinados básicamente al financiamiento de las prestaciones asistenciales (Plan Obligatorio de Salud) y a las prestaciones económicas que reconoce dicho régimen. Así, la dinámica de gasto de lo NO POS ha venido agotando los excedentes financieros de la Subcuenta de Compensación, que técnicamente debe contar con una reserva, y en el corto plazo, finales de 2009 y principios del año 2010, será necesario recurrir a los ingresos corrientes de la Subcuenta, con lo que se desfinanciaría el pago de la UPC que se reconoce a las EPS por cada uno de los afiliados del Régimen Contributivo, y el pago de las prestaciones económicas.

Lo anterior se evidencia en el análisis efectuado a partir de la ejecución presupuestal de la Subcuenta de Compensación del Fosyga (ingresos y compromisos), reportada por el Ministerio de la Protección Social a la Dirección General del Presupuesto Público Nacional, para el período 2005 a 2009.

Como se observa en el siguiente cuadro, los gastos de la Subcuenta de Compensación han tenido un crecimiento progresivo respecto de los ingresos. En efecto, mientras en el año 2005 los gastos NO POS representaban tan sólo el 3.2% de los ingresos por cotizaciones, en el año 2008 llega al 10.9% y a noviembre de 2009 presenta un crecimiento francamente desbordado al comprometer el 17.3% de los ingresos.



Ejecución presupuestal de la subcuenta de Compensación 2005-2009

SUBCUENTA DE COMPENSACION - FOSYGA. Millones de \$

	2005	2006	2007	2008	Nov-09	Total 2009	2010 Estimado
A. Excedente inicio periodo	784.596	1.375.515	1.537.269	930.584	1.212.367	1.212.367	694.741
B. INGRESOS (1+2+3+4)	6.680.115	7.133.506	8.520.191	9.547.614	9.825.966	10.719.236	10.843.350
1. Proceso de compensación SSF	4.519.919	5.295.614	5.947.937	6.843.601	7.349.400	8.017.527	8.258.053
2. Proceso de compensación CSF	1.900.131	1.538.640	2.183.413	2.147.113	1.929.083	2.104.454	2.167.588
3. Reg. Excepción y Otros ingresos	113.906	177.137	210.377	310.711	340.833	371.818	382.972
4. Rendimientos financieros	126.159	122.116	178.464	246.190	208.650	225.436	34.737
C. GASTOS (5+6)	6.069.195	6.971.753	8.531.881	9.233.546	10.300.456	11.236.861	11.573.967
5. Proceso de compensación	5.862.200	6.672.580	7.981.881	8.249.810	8.691.754	9.481.913	9.766.371
6. Otros eventos y fallos de tutela (NO POS-C)	206.995	299.173	550.000	983.936	1.608.702	1.754.948	1.807.596
D. Resultado del periodo (B-C)	590.919	161.754	-11.691	314.069	-474.490	-517.625	-730.617
E. Excedente fin de periodo (A-D)	1.375.515	1.537.269	930.584	1.212.367	737.877	694.741	-35.875
Resultado sin gastos NO POS-C	797.914	460.927	538.309	1.298.005	1.134.212	1.237.322	1.076.979
% sobre cotizaciones	12,4%	6,7%	6,6%	14,4%	12,2%	12,2%	10,3%
% compensación / cotizaciones	91,3%	97,6%	98,2%	91,8%	93,7%	93,7%	93,7%
% No pos / sobre cotizaciones	3,2%	4,4%	6,8%	10,9%	17,3%	17,3%	17,3%

Esta situación generaba a noviembre de 2009 un déficit corriente de cerca de \$480 mil millones y de \$520 mil millones proyectado a diciembre del mismo año. Para el año 2010, de mantenerse esta tendencia del gasto de lo NO POS, se proyecta que el déficit bien podría llegar a un monto cercano a \$700 mil millones, momento en el cual el déficit no sólo sería corriente sino que además se habrían agotado los excedentes financieros acumulados de la Subcuenta, originando un déficit estructural frente al cual no se dispondría de una fuente financiera cierta para cubrir dicho déficit sino que se afectarían las obligaciones principales que se atienden con los recursos de la subcuenta de compensación del Fosyga como el pago de la UPC y las prestaciones económicas que reconoce el Régimen Contributivo a sus afiliados.

Como se dijo, el anterior análisis se realiza con base en las ejecuciones presupuestales de la Subcuenta de Compensación y por lo tanto, no tiene en cuenta los gastos NO POS derivados de las reclamaciones aún no reconocidas por el Fosyga y de las prestaciones pendientes de radicación por parte de las EPS y las tutelas que por dicho concepto estuvieran en trámite ante las instancias judiciales. Por ello, el déficit calculado a partir de las cifras presupuestales, en todo caso debe entenderse, subestimado.

De lo expuesto resulta evidente, que de no adoptarse algunas medidas que permitan mitigar el riesgo inminente que a mediados del año 2010 se estaría frente a una situación financiera insostenible en el Régimen Contributivo y ante el hecho de no contar con un marco legal ni institucional que permita cubrir el déficit estructural con otros recursos o que permita modificar los mecanismos de reconocimiento de estas prestaciones que exceden el POS, pues la definición del mismo se sustenta en la autofinanciación y la autosostenibilidad, dado que se



financia con cargo a los aportes de quienes por su capacidad de pago están obligados a cotizar.

1.1.2. Los recobros por fallos de tutela y CTC en las Entidades Territoriales

El Régimen Subsidiado presenta una situación similar de desequilibrio financiero, según información reportada por las entidades territoriales al Ministerio de la Protección Social, pues la dinámica del gasto NO POS de dicho régimen, según esa información, supera los ingresos definidos por la ley para atender tales gastos, esto es, parte de las rentas cedidas y los recursos asignados a cada entidad territorial a través del Sistema General de Participaciones para Salud en el componente de prestaciones de servicios de salud en lo no cubierto por la demanda, concepto éste dentro de los recursos del Sistema General de Participaciones que para el año 2009, representó \$1.26 billones.

De acuerdo con el último estudio de la Defensoría del Pueblo² las tutelas interpuestas contra las entidades territoriales en el año 2008 se incrementaron 15.2% frente a 2007.

Al respecto, la Defensoría del Pueblo considera que la tendencia a la interposición de tutelas en contra de las entidades territoriales se va a incrementar considerablemente con la aplicación de la Resolución 5334 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, la cual establece la responsabilidad de éstas en materia de atención de los servicios no POS-S, circunstancia que de acuerdo con lo expresado por los departamentos, *"... los dineros asignados por el Sistema General de Participaciones para cubrir estos servicios, no son suficientes, lo que ocasionaría su negación y en consecuencia, la interposición de tutelas."*

El fuerte crecimiento de los gastos No POS en las entidades territoriales se refleja en el total de recobros adelantados ante la subcuenta de Solidaridad del FOSYGA por los afiliados del régimen subsidiado. El valor de los recobros se incrementó en 305% entre 2006 y 2008, mientras en número aumentaron en cerca de 260%.

² LA TUTELA Y EL DERECHO A LA SALUD. PERÍODO 2006-2008. Defensoría del Pueblo. Bogotá, D.C. 2009.



Recobros presentados ante la cuenta de solidaridad del Fosyga 2006-2008: número y valor en pesos

Vigencia	CTC		TUTELA		TOTAL	
	Cantidad	Valor Presentado	Cantidad	Valor Presentado	Cantidad	Valor Presentado
2006	15.877	\$ 17.557.081.630,70	20.511	\$ 23.655.129.745,49	36.388	\$ 41.212.211.376,19
2007	30.176	\$ 57.703.992.069,61	29.424	\$ 35.668.411.628,08	59.600	\$ 93.372.403.697,69
2008	77.055	\$ 92.043.816.966,79	52.359	\$ 75.171.478.182,15	129.414	\$ 167.215.295.148,94
Total	147.961	\$ 212.866.970.801,44	174.717	\$ 245.985.170.048,86	322.678	\$ 458.852.140.850,30

Fuente: Base de datos de recobros administrada por el Consorcio FIDUFOSYGA 2005, 2009.

Cabe anotar que en el año 2009 se observa una desaceleración de dichos recobros, tanto en número como en valor. Es importante anotar que ello no obedece a que se haya corregido el comportamiento que el gasto No Pos, frente a la tendencia que venía exhibiendo en el período 2006-2008, sino a la asunción de su financiamiento por parte de las entidades territoriales directamente, como consecuencia de la precisión de las Sentencias C-463 y T-760 de 2008.

Recobros presentados ante la cuenta de solidaridad del Fosyga 2009: número y valor en pesos

Vigencia	CTC		TUTELAS		TOTAL	
	Cantidad	Valor Presentado	Cantidad	Valor Presentado	Cantidad	Valor Presentado
2009	17.904	\$ 38.923.881.913,11	66.923	\$ 103.628.601.983,34	84.827	\$ 142.552.483.896,45

Fuente: Base de datos de recobros administrada por el Consorcio FIDUFOSYGA 2005, 2009.

El crecimiento del gasto No Pos también se evidencia en el comportamiento del déficit corriente en la prestación de servicios de salud por parte de las entidades territoriales, como se presenta en el cuadro siguiente, en donde se registra la evolución de dicho déficit para una muestra de 9 entes territoriales en el período 2006-2009.



Déficit corriente por concepto de prestaciones de salud en una muestra de 9 entidades: 2006-2009 (Pesos)

VIGENCIA	ANTIOQUIA	BOYACÁ	C/MARCA	CÓRDOBA	GUAJIRA	HUILA	META	PUTUMAYO	SANTANDER
2006*	0	13.137.998.719	0	0	413.039.824	34.581.947.000	58.779.764	8.067.575.446	1.970.042.542
2007	0	8.847.132.079	15.051.730.135	0	1.175.307.146	7.347.838.901	1.469.872.764	5.238.528.916	1.878.100.466
2008	6.815.138.395	9.684.535.427	5.247.372.518	1.425.000	1.208.496.413	13.129.142.548	1.241.116.982	5.012.261.382	4.044.143.704
2009**	117.095.791.605	23.792.661.242	22.089.387.523	3.788.000	8.811.467.337	30.330.250.629	4.237.745.028	8.538.358.175	23.484.849.478
TOTAL	123.910.930.000	55.462.327.467	42.388.490.176	5.213.000	11.608.310.720	85.389.179.078	7.007.514.538	26.856.723.919	31.377.136.190

*/ Incluye vigencias anteriores a 2006.

**/ Corresponde a un valor estimado.

Para el período más reciente de 2008-2009, la información del déficit corriente por concepto de prestaciones de salud se tiene para la totalidad de departamentos y distritos y su evolución confirma el mismo comportamiento. En efecto, el déficit corriente por prestación de servicios de salud se duplicó frente al año anterior, pasando de \$409.187 millones en 2008 a un valor estimado de \$885.237 millones en 2009, con un crecimiento de 116%. Tal situación se ha deteriorado ostensiblemente en los últimos meses y las estimaciones para el corte del mes de diciembre de 2009, según reporte de los mismos, arroja que el déficit corriente proyectado se incrementará en un 129%.

Déficit corriente reportado por departamentos y distritos frente a la financiación de prestación de servicios de salud requeridos por la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda

Valores en miles de pesos

Entidad territorial	Corte a diciembre de 2008	Corte a junio de 2009	Corte a diciembre de 2009 (estimado)	Var. % Dic/08-Dic/09	Var. % Jun-Dic/09
Amazonas	-1.177.056	-4.507.385	-1.665.707	42%	-63%
Antioquia	-9.335.806	-86.813.108	-160.405.194	1618%	85%
Arauca	-5.261.126	69.566.477	-13.057.932	148%	-119%
Atlántico	-1.016.601	23.088.488	-13.188.063	1197%	-157%
Barranquilla	0	3.961.914	-16.500.000		-516%
Bogotá	-147.094.582	27.828.807	-136.191.376	-7%	-589%
Bolívar	-21.426.345	16.153.430	-18.000.000	-16%	-211%
Boyacá	-9.684.535	-27.223.000	-23.792.661	146%	-13%



Libertad y Orden

Entidad territorial	Corte a diciembre de 2008	Corte a junio de 2009	Corte a diciembre de 2009 (estimado)	Var. % Dic/08-Dic/09	Var. % Jun-Dic/09
Caldas	-8.657.170	-8.854.675	-22.138.324	156%	150%
Caquetá	-4.176.845	-1.071.498	-15.848.158	279%	1379%
Casanare	0	4.447.423	0		-100%
Cauca	-1.517.612	6.832.057	-16.260.209	971%	-338%
Cartagena	-10.610.146	16.671.151	-17.180.766	62%	-203%
Cesar	-11.790.555	-21.570.094	-37.641.055	219%	75%
Chocó	-10.449.139	21.572.752	-8.966.711	-14%	-142%
Córdoba	-4.750.000	6.202.658	-12.628.000	166%	-304%
Cundinamarca	-10.902.188	-22.128.150	-21.210.151	95%	-4%
Guainía	0	7.407.097	0		-100%
Guaviare	-16.870	6.436.615	-2.185.238	12854%	-134%
Huila	-12.685.086	-8.722.912	-20.614.283	63%	136%
La Guajira	-2.416.329	5.011.847	-15.913.243	559%	-418%
Magdalena	-11.415.671	6.020.674	-9.323.989	-18%	-255%
Meta	-3.102.792	14.579.768	-10.594.363	241%	-173%
Nariño	-18.073.499	-64.126.476	-30.405.204	68%	-53%
Norte de Santander	-10.749.909	-41.086.445	-35.500.220	230%	-14%
Putumayo	-6.352.847	-13.143.178	-10.114.846	59%	-23%
Quindío	-11.971.632	-18.753.899	-18.293.142	53%	-2%
Risaralda	-4.318.056	-3.295.943	-10.046.000	133%	205%
San Andrés	0	33.651.768	0		-100%
Santander	-7.630.460	37.371.464	-39.141.416	413%	-205%
Santa Marta	-7.927.860	-6.399.126	-13.704.493	73%	114%
Sucre	-14.030.035	-11.015.443	-13.626.312	-3%	24%
Tolima	4.482.961	13.713.091	-8.493.701	-289%	-162%
Valle del Cauca	-44.354.447	-46.983.378	-111.804.100	152%	138%
Vaupés	-774.349	-653.605	-799.015	3%	22%
Vichada	-578	647.297	-3.010	421%	-100%
Total	-409.187.166	-386.348.315	-885.236.880	116%	129%

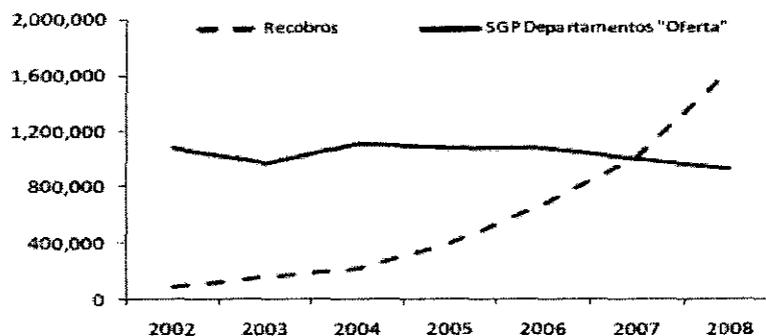
Fuente: Información reportada por las Entidades Territoriales a la Dirección General de Calidad de Prestación de Servicios.



Al punto, es pertinente transcribir lo señalado en el estudio adelantado en el marco del Convenio entre la Federación Nacional de Departamentos y Fedesarrollo³:

Como consecuencia del aumento en la cobertura del Régimen Subsidiado, se ha dado un crecimiento sustancial de la demanda por eventos NO POS-S que no se previó y para lo cual no hay recursos suficientes. Los departamentos reciben cada vez menos plata para cubrir los eventos NO POS-S a pesar de que estos tengan una senda creciente, lo que evidencia una clara desconexión de las fuentes de los recursos con sus usos, haciendo insostenible el financiamiento de las competencias departamentales en salud. [...] si bien los recobros están creciendo de manera exponencial, los recursos para los departamentos se han estancado, lo que se ha traducido en una creciente cartera en los departamentos(14)⁴.

Gráfica 10: Recursos del SGP de "oferta" y recobros del RC y RS (en millones de pesos constantes de 2008)



Fuente: DNP y ACEMI, cálculos propios

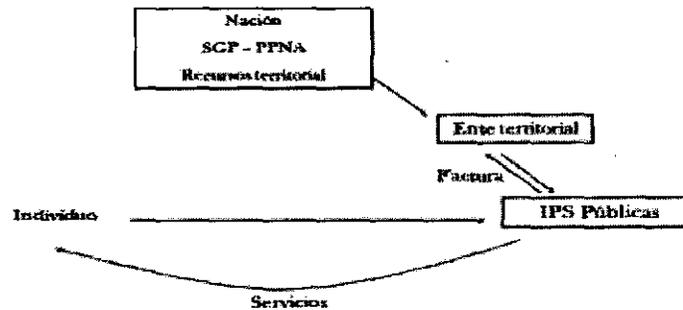
Otra causa imprevista que aumenta las obligaciones financieras del departamento, tiene que ver con la forma de aseguramiento actual. En el SGSSS, los municipios son los encargados del aseguramiento en el régimen subsidiado, por lo que contratan un seguro para su población. La localidad en el aseguramiento y en la validez del SISBEN implica que si un individuo asegurado en el Régimen Subsidiado de su municipio, necesita servicios en otro, éste se transforma automáticamente en vinculado y la financiación corre por cuenta del departamento, a pesar de que en su municipio está asegurado. Además, los municipios pueden trasladar a sus afiliados hacia hospitales de mayor nivel de complejidad, para que los atiendan los departamentos. [...]

³ DESCENTRALIZACIÓN, EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD Y LA EDUCACIÓN Y LOS DEPARTAMENTOS: ¿CUÁLES SON LAS ALTERNATIVAS? SALUD Convenio de la Federación Nacional de Departamentos y Fedesarrollo, Bogotá, D.C., diciembre 2009.

⁴ (14) Es importante aclarar que los departamentos no financian los recobros del RC, sin embargo, dado la imposibilidad de tener un dato certero de los recobros del RS estos sirven de indicativo.



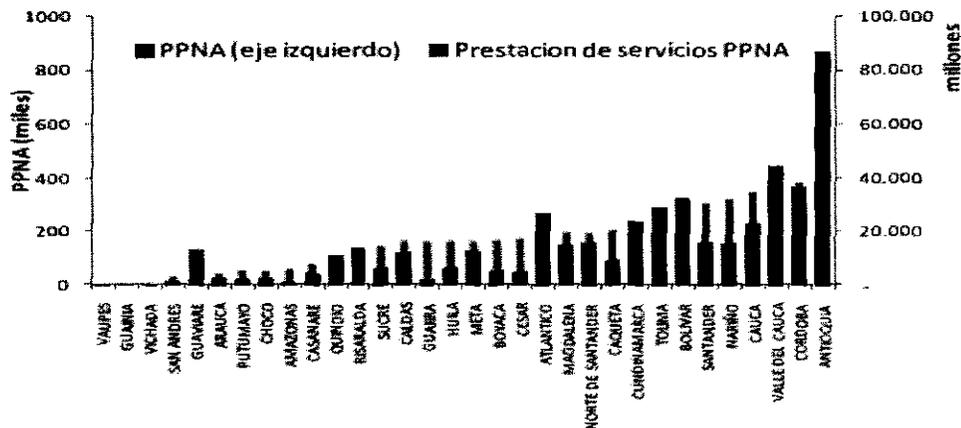
Diagrama 4: Flujo de obligaciones y servicios de los eventos NO POS-S y vinculados



Fuente: MPS (2009)

Hasta ahora se han mostrado las fuentes y los usos de los recursos en las actividades no cubiertas por los servicios de demanda. Dicho análisis evidencia que a pesar de que la bolsa de recursos es insuficiente, las necesidades en este rubro son crecientes. Es pertinente ahora preguntarse sobre la forma en la que se distribuyen los recursos. Con respecto a esto, las siguientes gráficas muestran que hay una relación clara en la que los departamentos de mayor población pobre no asegurada son los que más reciben recursos para este rubro. [...]

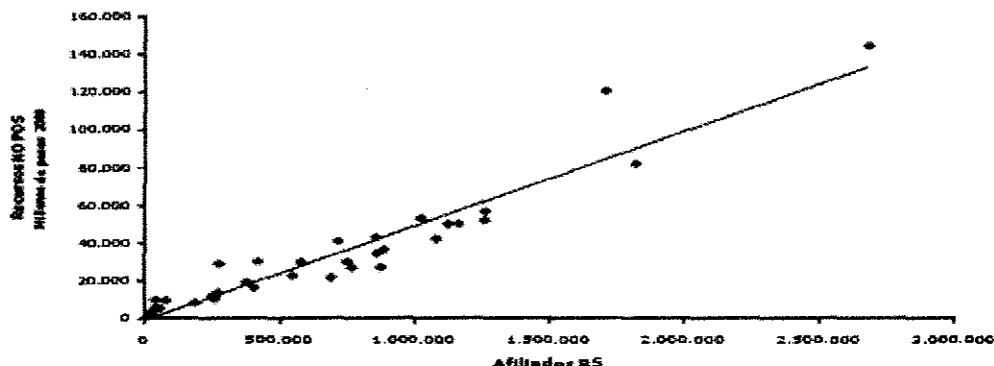
Gráfica 11: PPNA y asignación del SGP por PPNA por departamento, 2009



Fuente: DNP, cálculos propios

Finalmente, en la Gráfica 12 se encuentra una fuerte correlación entre los recursos del SGP destinados a la financiación de lo no POS, comparado con el número de afiliados al RS. Esa correlación es positiva porque a mayor población afiliada al Régimen Subsidiado, más serán los eventos que deberán ser financiados por el departamento por la diferencia entre el POS del Régimen Contributivo y el del Régimen Subsidiado. [...]

Gráfica 12: Recursos No POS y afiliados al RS, 2009



Fuente: DNP, cálculos propios

Se puede concluir que para los departamentos en la atención a la población pobre no asegurada y eventos NO-POSS hay un claro desbalance entre las obligaciones y los recursos disponibles. Las fuentes para estos recursos han caído 10% en términos reales en los últimos 5 años, mientras que los usos han aumentado de forma significativa, lo que ha deteriorado la situación fiscal de estos entes territoriales.

Por otra parte, la situación descrita afecta la equidad con la que se usan los recursos. En 2008, el régimen contributivo costó 7,6 billones de pesos, con los que se prestaron servicios de salud para 18,1 millones de personas. Para este mismo año, los recobros pagados alcanzaron 1,2 billones de pesos con los que se prestaron servicios de salud a 285.000 personas, lo que fue financiado con los excedentes de la subcuenta de compensación del FOSYGA. Esto se tradujo en que a través del aseguramiento el gasto por persona fue de 418.000 pesos, mientras que por recobros se gastó 4.231.000 pesos por persona, lo que deja un interrogante importante en cuanto a la equidad y eficiencia con la que se usan estos recursos.

La situación antes descrita permite señalar que el déficit que en la actualidad presentan las Entidades Territoriales, además de poner en riesgo la continuidad en la prestación del servicio de salud, afecta el flujo de recursos hacia las instituciones prestadoras de servicios y las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado, conllevando su iliquidez y la afectación del goce efectivo del derecho a la salud de la población a su cargo.

1.1.3. Comportamiento de los Recobros y afectación del principio de Equidad

El principio de equidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentra consagrado en el artículo 153 de la Ley 100 de 1993 como la provisión gradual de servicios de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago, siendo el Plan Obligatorio de Salud el instrumento a través del cual se concreta. Este principio se afecta por el suministro de



procedimientos, actividades, intervenciones, medicamentos e insumos por fuera de los planes de beneficios que otorga el Sistema, a través de los Comités Técnico Científicos o a través de fallos de tutela.

Debe recordarse que el POS incluye la protección integral de las familias en casos de maternidad y enfermedad general (diferentes a los riesgos por enfermedad profesional o accidentes de trabajo atendidas por las ARP), como conjunto básico de servicios, y comprende un paquete de servicios de promoción, prevención y tratamientos ambulatorios y hospitalarios que responde a todas las patologías conocidas por la ciencia médica, sin distinción de edad o género. Así, constituye un conjunto básico integral de servicios, en tanto atiende las patologías que puedan presentar los afiliados, respondiendo a todos los problemas de salud. No obstante, es objeto de actualización, de acuerdo con la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología disponible en el país y las condiciones financieras del Sistema.

También el plan de beneficios constituye una herramienta de racionalización orientada a priorizar las intervenciones que tienen un mayor impacto sobre la salud de la población, dado que los recursos que se disponen para atender estos servicios son limitados. Este aspecto determina claramente que, en la prevalencia del interés general, la Comisión de Regulación en Salud –CRES–, organismo encargado de su definición y actualización y creado en virtud de la Ley 1122 de 2007, debe hacer un uso adecuado y racional de los recursos para permitir que toda la población tenga acceso a las prestaciones en salud, bajo parámetros de costo-efectividad que se reitera, atiende las condiciones de tecnología disponible en el país y el perfil de morbilidad de la población.

Una muestra de la afectación del principio de equidad se cuenta en la revisión de las tutelas en salud, realizada por la Defensoría del Pueblo, en la que encontró que éstas se concentran en un grupo pequeño de personas, 126.000 en el periodo 1999 a 2003⁵. Estos hallazgos los confirma el Ministerio de la Protección Social cuando encuentra que se pagaron recobros por 1,2 billones de pesos en el 2008 por servicios entregados a 285.000 personas, lo que equivaldría a un pago per cápita de 4.230.000 pesos, frente a una UPC en el Régimen Contributivo de 485.000 pesos.

Para el año 2009, con corte al 22 de diciembre, 376.000 personas afiliadas al Régimen Contributivo, habían obtenido beneficios no incluidos en el POS, por un valor estimado, con cargo al FOSYGA, de \$1.85 billones, mientras que el aseguramiento para los cerca de 18 millones de afiliados en este régimen se proyecta que ascienda para el año 2009 a un monto del orden de los 10 billones de pesos. Estos resultados sugieren que, en algunos casos, la utilización de la acción de tutela podría inducir una distribución inequitativa de los servicios y los recursos del Sistema.

A este respecto, la Procuraduría General de la Nación ha advertido lo siguiente:

⁵ LA TUTELA Y EL DERECHO A LA SALUD. CAUSAS DE LAS TUTELAS EN SALUD, Defensoría del Pueblo, Bogotá, D.C. 2006.



Sin embargo sus efectos en términos de equidad son más discutibles, en primer lugar, porque genera decisiones que benefician a quienes ya hacen parte del sistema, en detrimento de quienes aún no han sido incluidos y por lo mismo resultan más vulnerables.

La evidencia existente muestra que la tutela no sólo no corrige las desigualdades frente al sistema de salud sino que incluso puede acentuarlas, pues quienes mejores prestaciones reciben son quienes más se benefician del sistema. **En efecto, una reinterpretación de los estudios existentes muestra que las personas que pertenecen al régimen contributivo, que tienen un POS más completo, utilizan la tutela de manera más frecuente, tanto en términos absolutos como relativos, para asegurar sus derecho, que aquellas personas que pertenecen al régimen subsidiado o que aquellos que se encuentran únicamente vinculados.**⁶

En este orden de ideas, los recursos destinados al pago del No – POS del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA (cerca de 1,85 billones de pesos proyectados en el año 2009) no se asignan de manera equitativa y con frecuencia no responden a criterios de relevancia médica o evidencia científica frente a las necesidades de salud de la generalidad de la población o de identificación de aquellos servicios que generan mayores beneficios para la sociedad en general. Se puede afirmar que en algunos casos se están financiando procedimientos o tratamientos que no tienen estudios, para los que se haya demostrado su efectividad o pertinencia de manera técnica.

Lo anterior ilustra la manera cómo se está priorizando un derecho individual sobre el derecho colectivo, ya que todos los recursos que se emplean para financiar los servicios No - POS afectan el equilibrio previsto para financiar el aseguramiento de toda la población. Adicionalmente, para su otorgamiento no se consulta la capacidad de pago que podría tener parte de la población que demanda estos servicios.

En resumen, hay un desbordamiento de recobros que, además de generar un gasto insostenible, crea situaciones de inequidad por efecto de la aprobación de beneficios que, generalmente, favorece un interés individual sobre el general, lo cual afecta la garantía del goce efectivo del derecho a la salud para todos los habitantes del territorio nacional.

1.2. DETERIORO DEL FLUJO DE RECURSOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Los recursos que financian el Sistema General de Seguridad Social en Salud son de naturaleza fiscal y parafiscal y se encuentran destinados a la prestación de los servicios contenidos en los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado incluidas las actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, al cubrimiento de las prestaciones económicas para los afiliados al régimen contributivo, y a la atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos.

⁶ EL DERECHO A LA SALUD EN PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS Y EL SISTEMA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL ESTADO COLOMBIANO EN MATERIA DE QUEJAS EN SALUD, PGN, DeJusticia, Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament, mayo 2008, págs. 169 y 170.



La prestación de los servicios contenidos en el POS del régimen contributivo se financia: i) con las cotizaciones obligatorias en salud, que recaudan las entidades promotoras de salud y que deben compensar por afiliado, a través de la subcuenta de compensación del FOSYGA, teniendo en cuenta el valor de la Unidad de Pago por Capitación – UPC definida para tal efecto; y ii) con las cuotas moderadoras y copagos a cargo de los afiliados. Todos estos recursos tienen la naturaleza de parafiscales, como lo ha reconocido la jurisprudencia constitucional⁷.

La prestación de los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado (POS-S) se financia con: i) los recursos del Sistema General de Participaciones en el componente de subsidios a la demanda; ii) los recursos de la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA; iii) las rentas cedidas a las entidades territoriales, derivadas de la operación y explotación de monopolios rentísticos; iv) el esfuerzo propio de las entidades territoriales; y v) los demás recursos de las entidades territoriales que se destinen para el aseguramiento en salud. Con las fuentes enumeradas se financia el valor del valor de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada - UPC-S.

Las prestaciones no incluidas en el POS-S, a cargo de las Entidades Territoriales, se financian con los recursos de la participación de prestación de servicios de salud del Sistema General de Participaciones en lo correspondiente a los recursos del factor de ajuste para los servicios no incluidos en los planes obligatorios de Salud del régimen subsidiado.

La atención de las víctimas de eventos catastróficos y accidentes de tránsito y las prestaciones económicas que de dichos riesgos pudieran derivarse, se financian con los recursos de la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito del FOSYGA.

Como puede evidenciarse, los recursos que financian las prestaciones que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud son fiscales y parafiscales, con una diversidad de fuentes destinados a sufragarlas y una diversidad de instancias encargadas de su gestión, administración y prestación: Fondo de Solidaridad y Garantía, Departamentos, Municipios y Distritos, Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y usuarios, entre otros.

En las múltiples relaciones que surgen entre los integrantes del Sistema, en los últimos meses se han venido presentado fallas, demoras, desviaciones y obstáculos de diferente orden que han afectado y agravado el flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud a sus diferentes agentes, lo que conlleva a ineficiencias que a la vez que los perjudican, pone en riesgo el acceso a los servicios de salud de la población.

⁷ Cfr., CORTE CONSTITUCIONAL, sent. SU-480 de 25 de septiembre de 1997, M.P. Alejandro Martínez Caballero; C-828 de 8 de agosto de 2001, M.P. Jaime Córdoba Triviño; C-1040 de 5 de noviembre de 2003, M.P. Clara Inés Vargas Hernández; C-542 de 1º de octubre de 1998, M.P. Hernando Herrera Vergara; C-710 de 6 de julio de 2005, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra, *inter alia*.



Tal situación, de acuerdo con la visión de cada integrante, se evidencia en el monto de la cartera existente entre el FOSYGA y las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Territoriales y las Entidades Promotoras de Salud e instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, entre entidades responsables del aseguramiento y su red de prestadores, y entre aseguradores o responsables de la asunción de otras coberturas del Sistema Integral de Seguridad Social, entre otros.

Así, desde la mirada de las **Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo**⁸, el crecimiento inusitado de los servicios No-POS a cargo del Fosyga, *"... afecta la estabilidad financiera del Sistema, interfiere en las metas de progresividad y universalidad y agrava la situación financiera de las EPS, tanto del régimen contributivo como subsidiado"*. De igual manera, ACEMI afirma que las cuentas por cobrar al FOSYGA, de sus EPS afiliadas, por concepto del No-POS, *"representa más de la mitad del patrimonio de las EPS y de no encontrarse un mecanismo expedito de solución cerca de 9 de las 15 EPS (...) perderían su patrimonio que es requisito indispensable para que operen"*. Asimismo, consideran que la continuidad de estas entidades se encuentra comprometida por el represamiento de recursos de compensación derivados de los saldos no compensado y de glosas.

Desde el punto de vista de las **Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado**⁹, se está atravesando por una crisis financiera del SGSSS, entre otras razones, por las deudas actuales con las Cajas de Compensación Familiar con más de 360 días de vigencia, las cuales ascienden a \$67 mil millones a cargo de los municipios, departamentos y la Nación; las deudas a cargo de los municipios en cuantía de \$110 mil millones, con vigencia mayor de 60 días y los dineros adeudados por los Departamentos por servicios No-POS por valor de \$10 mil millones. Para las entidades asociadas a Gestarsalud, los saldos o cuentas por cobrar a las entidades territoriales de vigencias anteriores es del orden de 170 mil millones de pesos, las cuentas por cobrar de contratos vigentes es del orden de 205 mil millones de pesos, equivalente al 59% del valor contratado, y la cartera per cápita es en promedio de 51 mil pesos lo que representa el 19.05% de la UPC definida para el año 2009, lo que compromete la operación de estas entidades.

⁸ Ver comunicación de Coomeva EPS y Grupo Saludcoop del 3 de noviembre de 2009, comunicaciones de Coomeva EPS del 23 de octubre y 3 de noviembre de 2009, comunicación de Acemi del 18 de diciembre de 2009 y comunicación de Asocajas del 2, 18 y 21 de diciembre.

⁹ Ver comunicaciones de Asocajas del 2, 18 y 21 de diciembre de 2009, comunicaciones de Gestarsalud del 25 de noviembre y 16 de diciembre de 2009 y comunicación de Caprecom del 1º de diciembre de 2009.



Libertad y Orden

Para las **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud**¹⁰, en la atención de las víctimas de accidentes de tránsito, el proceso administrativo de facturación, en forma fragmentada, ante las aseguradoras y ante el Fosyga, es un proceso que retrasa los reconocimientos económicos; en cuanto a la cartera, las Empresas Sociales del Estado asociadas a ACESI, manifiestan que su situación es más crítica que la de los otros actores del Sistema y que la cartera con corte a 30 de septiembre de 2009 asciende a 1 billón 989 mil millones de pesos, circunstancia que se está reflejando en el recurso humano y en los proveedores quienes están soportando el retardo en la nómina y pagos.

En el caso de las instituciones asociadas a la ACHC, el total de la cartera ascendió a 3 billones 576 mil millones de pesos, el 37% de ella la registran deudores de naturaleza pública, el 46.2% las entidades privadas y el 16.7% deudores de naturaleza mixta, las EPS del régimen contributivo volvieron a posicionarse como las entidades de mayor participación en la deuda total con el 34.4% seguida por el Estado con 24.4%.

En cuanto a lo manifestado por las **Entidades Territoriales**¹¹, los recursos que financian la prestación de los servicios de salud, en la práctica, son muy pocos para cubrir los beneficios que no están en el plan obligatorio de salud y para atender la población no asegurada, y en las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública no se observa el incremento por la mayor contratación en el régimen subsidiado, situación que ha conducido indefectiblemente a una crisis de las finanzas de las entidades territoriales, afectándose el flujo de recursos en los pagos de los servicios de hospitales. Por la pertinencia del tema, se destaca lo señalado por los secretarios departamentales de salud en el estudio adelantado en el marco del Convenio entre la Federación Nacional de Departamentos y Fedesarrollo:

En primer lugar, destacan que la Ley 715 de 2001, que determinó las competencias de los departamentos en esta materia, señala que éstos deben: "*Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda*", y por tanto su labor es la **gestión** de los servicios de salud de la población pobre y vulnerable y no la garantía de éstos, como lo sugiere la Corte en su sentencia T-760. Esta distinción tiene importantes implicaciones, pues la competencias establecidas en la Ley 715 involucran una función menos amplia a la que actualmente deben ejecutar las secretarías departamentales de salud. De la misma

¹⁰ Ver comunicaciones de la Asociación de Hospitales y Empresas Sociales del Estado del Departamento del Valle del Cauca del 21 de diciembre de 2009, comunicación del Hospital Pablo Tobón Uribe del 21 de diciembre de 2009, comunicación del Hospital General de Medellín del 21 de diciembre de 2009, comunicación del Hospital Universitario San Vicente de Paul del 18 de diciembre de 2009, comunicación del Hospital Civil de Ipiales del 23 de diciembre de 2009, comunicaciones de la ACHC del 3 y 21 de diciembre de 2009, y comunicación de Acesi del 2 de diciembre de 2009.

¹¹ Ver comunicación de la Gobernación del Valle del Cauca del 21 de diciembre de 2009, comunicación del Ministerio del Interior y de Justicia del 9 de diciembre de 2009, comunicación de los Distritos de Cartagena de Indias, Barranquilla y Santa Marta del 21 de diciembre de 2009, certificaciones de los departamentos de Córdoba, Boyacá, Meta, Huila, Santander, Antioquia, Cundinamarca, Putumayo y Guajira, y la opinión de los departamentos en el estudio "DESCENTRALIZACIÓN, EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD Y LA EDUCACIÓN Y LOS DEPARTAMENTOS: ¿CUÁLES SON LAS ALTERNATIVAS? SALUD" adelantado en el marco del Convenio de la Federación Nacional de Departamentos y Fedesarrollo, diciembre de 2009, al cual se hizo referencia.



manera, en materia de recursos, las obligaciones actuales difieren de las funciones asignadas. En el mismo artículo de la Ley 715 se establece que los departamentos deberán *"financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental"*, por lo que queda claro que la Ley otorga discrecionalidad a los departamentos en la administración de los recursos en salud. Esta situación se ha agravado pues la evolución normativa ha llevado a un progresivo desfinanciamiento de la atención de vinculados y eventos NO POS-S. Por ejemplo, las autoridades departamentales destacan que en 2009 se redujo un 4% adicional de los recursos del SGP y un 25% de las rentas cedidas que correspondían a los departamentos, para la ampliación del régimen subsidiado.

Esta diferencia entre las competencias y las funciones reales que ejercen los departamentos en salud ha conllevado graves déficits presupuestales para las entidades territoriales. En el año 2009, el déficit conjunto proyectado por los departamentos de Caldas, Cundinamarca, Nariño, Atlántico, Valle, Huila, Norte de Santander, Guajira, Antioquia y Putumayo asciende a 475.700 millones, según información de los propios entes territoriales. Estos desbalances se dan principalmente porque los servicios de salud de lo NO POS-S se han incrementado de forma desproporcionada, sin atención a las posibilidades financieras de las secretarías departamentales de salud. Por otro lado, los departamentos destacan la necesidad incrementar los recursos para realizar inversiones en infraestructura y dotación en la red hospitalaria pública, pues la creciente demanda por servicios supera la capacidad actual.

De acuerdo con la anterior información de los agentes del Sistema, se ha agravado la inoportunidad de la transferencia de los municipios a las entidades promotoras de salud, acompañado de una cartera importante por cobrar derivada de los contratos sin liquidar y de los contratos liquidados sin pagar; asimismo, se ha agudizado la inoportunidad en el reconocimiento y pago a la red de prestadores de servicios de salud de las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, así como de las Entidades Territoriales respecto de los servicios No-POS y la atención en salud de la población no asegurada. Esto implica la inoportunidad en el pago de los servidores de estas instituciones y demás proveedores, circunstancia que a la vez que incrementa los costos transaccionales, constituye un punto crítico en el flujo de los recursos en tanto no se irrigan con la rapidez y equidad para todos los integrantes del Sistema y en la garantía del derecho a la salud de la población pobre y vulnerable que él cubre.

Tal situación genera un grave desequilibrio financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud e iliquidez de sus agentes, lo que hubiera conllevado la cesación en la prestación de los servicios de salud, una deficiente prestación o una vulneración del derecho a la salud requerido con necesidad y pertinencia médica, en condiciones de equidad, sin que pudiera conjurarse dicho riesgo mediante los mecanismos ordinarios con que cuenta el Gobierno Nacional, poniéndose en riesgo el goce efectivo del Derecho a la Salud.



1.3 AFECTACIÓN DEL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD

Las sentencias C-260¹² y T-760, ambas de 2008, de la Honorable Corte Constitucional, enfatizaron que, para asegurar el goce efectivo del derecho a la salud a los afiliados, es necesario el flujo de recursos hacia las instituciones prestadoras de servicios de salud para promover el mejoramiento de su prestación que redunde en la protección de los usuarios y en la posibilidad de brindar atención adecuada a las personas y, en el caso del flujo de recursos hacia las EPS, para que no se obstaculice el acceso a los servicios de salud no incluidos en los planes de beneficios que los afiliados requieran con necesidad y pertinencia médica.

La agudización de los problemas en el flujo de los recursos del Sistema, que se refleja en la existencia de cuantiosos recursos que no han podido ser girados y, por ende, incorporados al Sistema, todo lo cual afecta de manera grave el goce efectivo del derecho a la salud, en razón a que: i) un número importante de municipios no ha podido depurar en forma satisfactoria la base de datos; ii) la existencia de un sinnúmero de contratos sin liquidar entre las entidades promotoras de salud y los municipios y de contratos liquidados sin pagar por parte de éstos; iii) la antigüedad de la cartera de las instituciones prestadoras de servicios de salud; y iv) la existencia de múltiples conflictos y controversias entre los actores del Sistema, las cuales han alcanzado una magnitud que amenaza con volverse insostenible, en la mayoría de los casos, dada su antigüedad y la difícil recuperación de la información que las soporta.

Como se puede evidenciar, las circunstancias materiales de la efectividad de ese derecho fundamental, sus pilares básicos sobre los cuales se sustenta este servicio público, se encuentran en grave riesgo. La utilización del término "efectivo" es, sin duda, un elemento que enfatiza el real acceso a un derecho y, en este caso, a la salud en condiciones de oportunidad, calidad y eficiencia.

Si los recursos resultan insuficientes, si las deudas entre los actores del SGSSS se multiplican exponencialmente, si quienes físicamente prestan los servicios de salud no reciben periódicamente sus pagos, si el flujo de recursos se interrumpe por diversas circunstancias y, por ello, no desemboca hacia la finalidad para la cual ha sido creado, se está dando cuenta de una cadena de situaciones explosivas que están impactando directamente el goce efectivo del derecho y, de mantenerse y no adoptarse prontamente los correctivos, generaría su inviabilidad. En esta secuencia en cadena, cada etapa agrava aún más la situación y, como es bien sabido, si no se hubieran tomado las medidas, no sólo se hubiera ahondado el problema, sino que habría tornado estructuralmente insostenible.

Ahora bien, el carácter fundamental de un derecho y los compromisos internacionales que ha asumido el Estado con el fin de cumplir adecuada y oportunamente los derechos

¹² CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-260 de 11 de marzo de 2008, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.



sociales, en particular la Observación General 14 de 2000 realizada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, relieves la necesidad de una garantía real, universal y sin discriminación para todos los habitantes del territorio nacional. Esta constituye, sin duda, una obligación ineluctable.

1.4. DIFICULTADES EN LA OPERACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

El desarrollo normativo e institucional del Régimen Subsidiado forzó a que un afiliado del Régimen Subsidiado sólo tenga cobertura de servicios en el territorio del municipio que lo afilia, lo que implica que su goce del derecho fundamental tiene una limitante territorial o municipal y lo que incentiva que una persona asegurada en un municipio se presente como “vinculada” en otro municipio, con un diferencial aun mayor en cuanto a la cobertura. Esto en contraste con el del afiliado al Régimen Contributivo, cuya cobertura está garantizada en todo el territorio nacional.

Lo anterior está acompañado de complejos procesos de transferencia de recursos, de asignación de los subsidios a los ciudadanos, de contratación con las EPS del Régimen Subsidiado y engorrosos procesos de gestión financiera de los recursos, situación ésta que genera un diferencial en el acceso de los afiliados del Régimen Subsidiado frente al de los afiliados del Régimen Contributivo.¹³ Procesos que a pesar de amplios esfuerzos para su mejoramiento¹⁴ continúan por efecto de la “enorme debilidad institucional en la gran mayoría de los municipios, así como falta de capacidad técnica para el manejo de los procesos del régimen subsidiado, e igualmente sigue siendo una constante la altísima rotación del personal encargado de este(...)”¹⁵

El actual proceso de identificación de la población elegible para el subsidio en salud, su selección, contratación con las EPS y posterior seguimiento, ha generado que en la actualidad se financian de 23.837.000 cupos por un valor de 6,77 billones de pesos, pero aproximadamente 4.000.000 de éstos no se utilizan principalmente por las dificultades de identificación de los beneficiarios.

En una evaluación del sistema, la Universidad Nacional identificó como principal determinante de esta problemática la capacidad limitada de las entidades territoriales de gestionar los procesos del Régimen Subsidiado¹⁶. Los investigadores sugirieron que los

¹³ Evaluación y propuesta de ajuste a la operación del Régimen Subsidiado. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social, Dirección de Gestión de la Demanda en Salud. Mimeo, 2008.

¹⁴ Ver el Programa de Asistencia Técnica para el Mejoramiento institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado, financiado por el PARS; el programa de Asistencia técnica del régimen subsidiado en salud de la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, ejecutado por el administrador fiduciario del FOSYGA y el programa de inducción y apoyo de la Federación Nacional de Gobernadores; de la asesoría prestada por parte de algunos departamentos a sus municipios, entre otros.

¹⁵ **Ha mejorado el acceso a la salud? Evaluación de los procesos del régimen subsidiado** (Segunda edición). Universidad Nacional de Colombia. Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. Impresol Ediciones. Bogotá, 2007.

¹⁶ **Ha mejorado el acceso a la salud? Evaluación de los procesos del régimen subsidiado** (Segunda edición). Universidad Nacional de Colombia. Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. Impresol Ediciones. Bogotá, 2007.



municipios no contaban con capacidad suficiente para la aplicación de los procesos del Régimen Subsidiado tanto en lo relacionado con los recursos tecnológicos y de la disponibilidad de recursos humanos capacitados a nivel municipal para manejar un sistema que en su diseño, es complejo de administrar.

Como resultado, el flujo de los recursos en el sistema es lento, hay un innecesario gasto administrativo y se reduce el acceso de las personas de bajos recursos a los servicios de salud que requieren. Lo anterior, sin hacer referencia a la dificultad que tienen muchos entes territoriales para ejecutar eficientemente su responsabilidad de ser interventores de los contratos de Régimen Subsidiado.

Recientemente, un estudio del Ministerio de la Protección Social¹⁷ confirmó los hallazgos de los investigadores de la Universidad Nacional y destacó que la identificación de los beneficiarios es uno de los procesos que mayor dificultad presenta, siendo también uno de los que mayor impacto tiene sobre el acceso de las personas a los servicios de salud. Se destacó también en este estudio la dificultad de identificar adecuadamente y afiliar a poblaciones de grupos especiales, como son los grupos indígenas y los desplazados. Es necesario que estas y todas las poblaciones tengan la obligación de asegurarse pues, la existencia de personas “vinculadas” o no afiliadas, genera enormes dificultades en la administración del sistema e, indirectamente, genera dificultades para la totalidad de colombianos.

1.5. EXISTENCIA DE RECURSOS QUE NO HAN PODIDO CUMPLIR SU FINALIDAD.

Los recursos de las Leyes 60 de 1993 y 715 de 2001, destinados a cubrir los aportes patronales de los funcionarios de las IPS públicas, en cuya distribución y giro a las entidades administradoras o aseguradoras de los diferentes subsistemas de la seguridad social, de cesantías, y al Fondo Nacional del Ahorro - FNA y al Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga, han venido generando excedentes, por no corresponder a obligaciones, derechos o prestaciones laborales de los servidores públicos del sector exigibles con cargo a los mismos, los cuales no se han integrado al flujo de recursos del Sistema.

De igual manera, existen recursos correspondientes a contratos del régimen subsidiado que no obstante la obligatoriedad de su liquidación, aún se encuentran represados, lo que resulta paradójico cuando se requieren en el uso de la finalidad para la cual se encuentran previstos constitucional y legalmente.

La existencia de las obligaciones con las instituciones prestadoras de servicios de salud por las prestaciones no contenidas en el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado impone integrar unos y otros al sector salud, con el fin de permitir que, con la incorporación de estos recursos, las entidades territoriales, como titulares de los

¹⁷ Evaluación y propuesta de ajuste a la operación del Régimen Subsidiado. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social, Dirección de Gestión de la Demanda en Salud. Mimeo, 2008.



mismos, puedan asumir las obligaciones por concepto de la atención a la población pobre no asegurada y por los servicios no incluidos en el POS-S.

2. DECLARATORIA DE EMERGENCIA SOCIAL

Teniendo en cuenta la situación descrita, y ante la necesidad de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de la población, así como de hacer frente a la amenaza a la sostenibilidad y liquidez del Sistema a través del cual se garantiza el mismo, el Gobierno Nacional consideró imprescindible declarar la emergencia social, en los términos indicados en el artículo 215 de la Constitución Política, dentro de los límites allí previstos y atendiendo las exigencias previstas en la Ley 137 de 1994, ley estatutaria de estados de excepción.

La responsabilidad que deviene de la consagración de un Estado Social de Derecho como el que nos gobierna, implicaba la necesidad impostergable de utilizar un mecanismo idóneo que lograra evitar la crisis que se estaba enquistando en el sistema y que, de continuar, conduciría indefectiblemente a su colapso tal y como se advierte de las innumerables manifestaciones de los actores del Sistema que informaron de situaciones críticas en varios sentidos:

- Crecimiento abrupto de los pagos no POS.
- Incremento de la Cartera Hospitalaria y, en general de las IPS.
- Sostenibilidad de los actores del SGSSS.
- Déficit en las finanzas territoriales.
- Interrupción en el flujo de recursos.

De esta manera, para un Estado y una administración sectorial responsables, que contaban con indicios serios sobre el deterioro financiero del Sistema y de los diferentes actores, agravado en los últimos meses del año 2009, resultaba imperativo construir las barreras que la evitaran o, en caso de que ya se hubiera producido, aminoraran los efectos y permitieran conjurar la crisis. Fue, precisamente, frente a las circunstancias descritas por la que se produjo la respuesta contenida en el Decreto 4975 de 2009. No sólo era conveniente y oportuno sino necesario, en el momento en que los indicadores mostraban una tendencia irreversible en desmedro de la liquidez y sostenibilidad del sistema.

El Gobierno Nacional reconoce que la declaratoria de la emergencia social, como parte de un estado de excepción, es una posibilidad extraordinaria que sólo puede ser utilizada respecto de situaciones que tengan ese carácter. En el caso actual, como se puede advertir, las circunstancias encontradas tienen esa connotación con base en lo siguiente:



- Constituyen una inusitada agravación de una tendencia.
- Comprometen la sostenibilidad del Sistema de Seguridad Social en Salud y, por ende, el acceso efectivo a ese derecho fundamental, lo cual indica necesariamente que son graves.
- No podían ser controlados mediante los mecanismos ordinarios, toda vez que las medidas que se deben adoptar urgentemente son de naturaleza legal.

Así, el Gobierno Nacional observó la totalidad de los requisitos fijados por el Constituyente y por el Legislador, y asimismo se atendieron los criterios que de manera certera ha trazado la Corte Constitucional en su jurisprudencia sobre estados de excepción, pero en particular, sobre el de emergencia social.

Ha entendido la Corte Constitucional, que la declaratoria de emergencia social tiene un propósito preventivo, tal y como acontece con el Decreto 4975 de 2009, de tal forma que la catástrofe no debe concretarse si, como en este caso, una serie de indicadores permiten colegir que la crisis se avecina inminentemente. Así ha ocurrido en varias de las emergencias decretadas, no asociadas a catástrofes naturales, como en las que estaba en peligro la efectiva remuneración de los empleados del sector público, el flujo y suministro de energía eléctrica y la amenaza al orden social producida por el fenómeno de las denominadas "pirámides".

En ninguna de ellas se exigió que la perturbación al orden social fuera irremediable para que la declaratoria del Estado de Excepción fuera considerada ajustada a nuestro ordenamiento constitucional. La evidencia, en cada caso, demostraba que, en cuanto hace a los dos últimos tópicos, se comprometía el funcionamiento normal de los respectivos sectores.

Es de resaltar que el derecho que se encuentra en juego en esta ocasión, es el de la salud de los colombianos y por ende la vida, con especial énfasis en la población pobre y vulnerable de nuestra sociedad, lo cual hace que la emergencia declarada revista una especial importancia.

Ahora bien, como se mencionó anteriormente, el Gobierno Nacional tuvo especial cuidado en la observancia de todos los requisitos necesarios tanto de forma como de fondo al momento de expedir el decreto 4975 de 2009.

En cuanto a los requisitos materiales se exige la concurrencia de los siguientes elementos o presupuestos:

- Que los hechos sean sobrevinientes.
- Que, adicionalmente, tales hechos sean distintos de los que se originan por guerra exterior u orden público, tal y como quedó indicado *supra*.



- Que los mismos, perturben o amenacen perturbando el orden económico, social o ecológico.
- Que la amenaza o perturbación sea grave.
- Que los medios ordinarios no sean suficientes para conjurar de tales hechos con la eficacia necesaria para hacer frente a su gravedad.

Los tres primeros elementos componen el presupuesto fáctico; el siguiente, corresponde al presupuesto valorativo, el cual hace referencia a la gravedad; y, el último de los enunciados trata sobre el presupuesto de suficiencia. La conjunción de estas circunstancias permite concluir que el Presidente y sus ministros actuaron conforme a los lineamientos exigidos constitucionalmente.

En el presente caso, tenemos en cuanto al presupuesto fáctico, que en el decreto 4975 de 2009 se describen una serie de hechos sobrevinientes evidenciados tanto por el Gobierno Nacional como por múltiples actores involucrados en toda la cadena de prestación de servicios de salud. La sobreviniencia no supone necesariamente que los hechos aludidos sean extraordinarios¹⁸, es decir "*fuera del orden o regla natural o común*"¹⁹ que implica lo anormal o excepcional, sino que la sobreviniencia se refiere también a hechos que, aunque se vienen presentando, se agravan de manera inusitada.

Tal circunstancia requiere entonces una comparación entre lo que se considera normal dentro del SGSSS y lo que se sale de esos lineamientos y cualifica lo sobreviniente, dentro de una temporalidad específica. En el Decreto 4975 de 2009 está expresada esa sobreviniencia en lo siguiente:

- Se han incrementado los servicios no incluidos en el POS (considerandos 6, 7, 9, 12²⁰).

Si bien es cierto que la existencia de tales prestaciones no es nueva y data casi de cinco años después del momento de entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, es claro que se ha producido un crecimiento en los últimos meses que no puede ser considerado como normal, lo cual se verifica tanto por las autorizaciones de los Comités Técnicos Científicos como por los incrementos en las acciones de tutela.

¹⁸ Este apelativo está contenido en la sentencia C-122 de 12 de marzo 1997, ya citada.

¹⁹ www.rae.es

²⁰ Aunque los considerandos no están numerados, por facilidad se les adjudica el número que correspondería de haberse optado por su numeración.



- El consecuencial déficit corriente de las entidades territoriales por prestación de servicios de salud, con un crecimiento de un **116%** entre 2008 y 2009 (considerandos 13 y 14).
- Un incremento de 899% en los últimos seis meses de las cuentas por cobrar de las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado (considerando 15).
- El agravamiento de la situación financiera de las Entidades Promotoras de Salud y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (considerando 17).
- Un incremento ostensible de la cartera hospitalaria (considerandos 18 y 19).
- Que la situación descrita ha desbordado la capacidad de respuesta de los organismos de inspección, vigilancia y control (considerando 23).

De otro lado, indudablemente y como ya se indicó, los hechos descritos son distintos a los casos de guerra exterior o conmoción interior. Esta característica se revela a lo largo de todo el decreto cuyo centro es evitar la afectación del goce efectivo del derecho a la salud.

Ahora bien, el presupuesto valorativo se centra en un juicio de intensidad de los hechos que no por sobrevinientes son susceptibles necesariamente de desembocar en la medida de excepción.

En efecto, en el Decreto 4975 de 2009 se está previniendo que se paralice el goce efectivo de un derecho fundamental como lo es la salud. Los hechos relatados, convergentes y graves, inciden directamente en la serie de eslabones que conducen a una prestación en términos de calidad, oportunidad y eficiencia.

En ellos se resalta un acelerado deterioro del equilibrio financiero del Sistema y en las finanzas del sector de la salud en las entidades territoriales, todo lo cual dificulta sensiblemente los pagos a las EPS e IPS y a los profesionales de la salud, comprometiendo el acceso a ese derecho en las condiciones anotadas. Obviamente, la ausencia de liquidez afecta la sostenibilidad del SGSSS en el futuro inmediato pero, adicionalmente, impacta negativamente en la población que, en virtud de ausencia de recursos, no encontrará las condiciones idóneas para obtener su cuidado, esto es, se pone en peligro el goce efectivo del derecho a la salud.

Este escenario es lo suficientemente grave como para que en uno de los considerandos (26), se afirme que la concurrencia de las situaciones advertidas puede originar el cierre de hospitales, la quiebra de EPS, la inviabilidad de entidades territoriales y la cesación de pagos a los profesionales de la salud. Este horizonte, en pocas palabras, plantea una afectación sensible al núcleo esencial de un derecho fundamental.



Otra óptica para vislumbrar la gravedad se puede plantear a partir de un razonamiento negativo. Nos podemos plantear la siguiente pregunta: ¿qué hubiera pasado si no se hubiera declarado la emergencia social?

Este escenario afectaría sensiblemente a la población pobre, asegurada o no, y a quienes se encuentran en debilidad manifiesta pues reciben el impacto más fuerte de un deterioro del sistema de aseguramiento, sin posibilidad de acudir a otras alternativas por no tener capacidad económica, por las razones que arriba se han explicado.

Por último, debe mencionarse la suficiencia, la cual exige no sólo la convergencia de hechos sobrevinientes de alta gravedad sino, adicionalmente, que para hacerles frente, los mecanismos ordinarios con que cuenta el Ejecutivo no sean suficientes.

Esta exigencia está inserta en la racionalidad misma tanto de la actividad pública, como del propio Estado Social de Derecho. No se justificaría una medida de tal magnitud si el Gobierno Nacional contara con los medios a su alcance para su solución.

Como es bien sabido, el sector salud cuenta con una profusa regulación que no sólo es amplia desde el punto de vista del número de normas sino extendida en virtud de la cantidad de entidades que participan en la regulación. Para el análisis de suficiencia, debe tenerse en cuenta el marco normativo establecido en la Ley 100 de 1993, con los ajustes establecidos en las Leyes 715 de 2001 y 1122 de 2007, el cual determina competencias, actores y define elementos propios a la operación del SGSSS.

Si bien se cuenta con una estructura legal que soporta tanto el sistema como el sector de la salud, las medidas contenidas en la misma se tornan insuficientes ante la gravedad y magnitud de la crisis descrita.

Claramente se ha hecho uso de las facultades ordinarias del Gobierno Nacional que de igual manera no son suficientes para hacer frente a la crisis que se agravó en el sector de la salud y que menos serían eficientes para evitar la extensión de los peligrosos efectos que puede tener frente a la atención de la población.

Tales facultades en términos generales se circunscriben a aspectos regulatorios del Sistema, a la presupuestación de los recursos en los diferentes fondos, cuentas y subcuentas, manejo interno de los regímenes, etc., pero todas ellas con las limitaciones que son propias en un Estado Social de Derecho, en el cual las ramas del poder público son independientes entre sí con el fin de preservar el equilibrio entre las mismas.

En conclusión, la solución a la grave problemática descrita en el decreto 4975 de 2009 pasa por dictar disposiciones en materia de flujo de recursos, de racionalidad en el acceso a los servicios y medicamentos, a la consecución de nuevos recursos, al fortalecimiento de la facultad de inspección, vigilancia y control, entre otros, regulación que excede la competencia reglamentaria del Gobierno Nacional, y que dada la entidad



del derecho puesto en inminente riesgo avoca a que la situación se encuadre en el hecho previsto en el artículo 215 superior.

En efecto, la creación y la modificación de tributos, por ejemplo, es una competencia del legislador tanto como lo es el destino específico de los que se arbitran para la financiación de la salud. La forma en que fluyen los recursos está altamente reglada por el legislador quien ha señalado unos tiempos y unas etapas y la fortaleza de las facultades de inspección y vigilancia, en los que atañe a las causas de esta situación crítica, también deben incluir aspectos que son del resorte del legislador.

3. PRESUPUESTOS DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD

Las razones expuestas en punto a la constitucionalidad del Decreto 4975 de 2009 constituyen la base para el análisis contenido en el presente acápite.

Los indicadores existentes, la información recolectada en varias instituciones y agremiaciones, conducían de manera ineludible a adoptar una decisión como la decretada. Lo anterior, que refiere a un juicio de necesidad, con el fin de salvaguardar bienes jurídicos de honda relevancia para el Estado, incluye el horizonte de conveniencia pues no sólo se pretende hacer útil algo sino impedir que se desvirtúe y afecte en cadena el acceso efectivo al derecho a la salud.

A este respecto, es importante señalar que la buena marcha de un Estado pende de que las decisiones centrales se adopten en tiempo. Las experiencias a nivel mundial dan lecciones de peso tal y como se colige de los sucesos financieros ocurridos en el segundo semestre de 2008. En ciertos casos, la laxitud y negligencia fueron el lugar común para que como un efecto de bola de nieve se fueran contaminando instituciones financieras sin una respuesta estatal que fuera proporcional a los indicadores evidenciados.

Como lo ha indicado la Corte Constitucional, si bien la emergencia social es un mecanismo excepcional, ello no significa que la catástrofe efectivamente ocurra para que se declare, sino que es jurídicamente viable y conveniente –y de acuerdo con el compromiso gubernamental, necesario- que se haga uso de ese instrumento cuando existe una fundada amenaza. Esto impide que –con base en el rigor del análisis y de la restricción en su uso- se llegue al extremo de interpretar que por tal razón el Estado debe mantenerse pasivo hasta tanto no se materialice el caos. Esto sería un contrasentido frente a los principios y finalidades que lo orientan y en relación con las obligaciones que se asumen.

Pero, si además puede comprometerse la viabilidad del Estado mismo, la declaratoria de emergencia surge como un instituto que se adecúa para evitar situaciones límite, como las que claramente se generarían ante la parálisis en la prestación de los servicios de salud, toda vez que estamos ante la más cara de las necesidades sociales de nuestra población.



En el presente caso, no sobra indicar que fueron los diversos sectores, los estudios de investigadores, las alertas en ciertos escenarios diferentes del propio Gobierno, en los que se puso en evidencia la alarma. No fue, entonces, un capricho del Gobierno sino una decisión ponderada y proporcional a la dimensión de los hechos que la originaron.

4. MEDIDAS ADOPTADAS Y LA FORMA EN QUE SUPERAN LAS FALENCIAS DE LA NORMATIVIDAD PREEXISTENTE

- **Decreto 4976 de 2009. Saldos de liquidación de contratos y rentas cedidas.**

Los recursos de los saldos de liquidación de contratos del Régimen Subsidiado, suscritos entre los municipios y distritos con las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado – EPS-S, no han podido liberarse y reincorporarse para ser utilizados en el financiamiento de ampliaciones de cobertura o de sostenibilidad del mismo, a pesar de la reglamentación que para el efecto se expidió por parte del Gobierno Nacional y del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

No existen incentivos, para que las administraciones locales, liquiden contratos de administraciones anteriores. Entre algunos de los mecanismos legales que han resultado insuficientes, se encuentran: La Ley 715 de 2001, el Acuerdo 244 de 2003, el artículo 54 de la Ley 812 de 2003, el Decreto 3353 de 2003, el Decreto 050 de 2003 y los Acuerdos 253 de 2003, 261 y 262 de 2004 y 328 de 2006.

Ante ello, el Decreto 4976 establece un plazo perentorio de dos (2) meses, contado a partir de su publicación para que los gobernadores y alcaldes y las EPS-S liquiden de mutuo acuerdo los contratos de aseguramiento, suscritos con anterioridad al 1 de abril de 2008. En caso de no cumplirse con dicho plazo y con los términos allí establecidos, el decreto prevé un procedimiento para que las EPS-S determinen los saldos y aquellos que resulten a favor de las entidades territoriales, los giren a un patrimonio autónomo que deberá constituir el Ministerio de la Protección Social como lo establece el Decreto 073 de 2010.

En razón a que una de las causas de la crisis obedece a la insuficiencia de recursos para atender los eventos NO POS de la población afiliada al Régimen Subsidiado, los saldos de liquidación de contratos se destinarán a los departamentos y distritos, que son las entidades territoriales que tienen la responsabilidad de administrar los recursos para lo NO POS.

El decreto prevé igualmente que los recursos no aplicados del 25% de las rentas cedidas del año 2009 por razón de la vigencia del período contractual que inició en abril de 2009, y que no se encuentren comprometidos, se destinan también a la atención de la población pobre no asegurada y a los eventos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.



Según estimaciones del Ministerio de la Protección Social, los saldos de liquidación de contratos podrían ascender a un monto cercano a \$200 mil millones, que se utilizarán, junto con los excedentes de aportes patronales y los recursos de rentas a que se alude en el párrafo anterior, a pagar deudas por atenciones NO POS. De sobrar recursos se destinarán a pagos futuros de esos mismos servicios.

- **Decreto 073 de 2010. Saldos excedentes de aportes patronales**

Los aportes patronales de las instituciones públicas del sector salud de orden territorial se vienen financiando con los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud en virtud de lo previsto por la Ley 715 de 2001, antes con el situado fiscal durante la vigencia de la Ley 60 de 1993.

De acuerdo con información de las entidades del sector, existen excedentes de varias vigencias anteriores, de recursos destinados a los aportes patronales de los servidores públicos de las IPS públicas, cuyo monto se estima supera la suma de \$500 mil millones. Estos excedentes a pesar de lo ordenado por la misma Ley 715 de 2001 y sus normas reglamentarias no se han logrado incorporar al flujo de recursos del Sistema, pues se encuentran depositados en las administradoras o aseguradoras de los diferentes subsistemas de la seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales), y en entidades administradoras de cesantías, correspondientes a varias vigencias fiscales, que en algunos casos podrían remontarse a la vigencia de la ley 60 de 1993.

Conocida la existencia de estos excedentes, y ante la situación deficitaria informada por las entidades territoriales para atender la prestación de los servicios de salud, tanto a la población pobre no asegurada como la atención de los servicios NO POS de la población afiliada al Régimen Subsidiado, resultaba imperativo movilizar esos recursos excedentes para la financiación de tales obligaciones, a través de un mecanismo que así lo permitiera en el corto plazo.

En tal sentido, el Decreto 073 dispuso de un procedimiento y plazo perentorio para que las administradoras de la seguridad social y de cesantías, establezcan y giren los recursos que hayan determinado como excedentes de aportes patronales, a un patrimonio autónomo que deberá constituir el Ministerio de la Protección Social, el mismo a donde se girarán los saldos de liquidación de contratos del Régimen Subsidiado de que trata el Decreto 4976, con subcuentas por entidad territorial, de manera que los recursos se registren a nombre de la entidad territorial que corresponda, a más tardar el próximo mes de febrero de 2010.

El decreto establece la administración de estos recursos mediante un patrimonio autónomo en el cual deberá abrirse una cuenta por cada uno de los departamentos y distritos, desde las cuales, cumplidos unos requisitos, se procederá al pago de obligaciones pendientes de pago de esas entidades territoriales, por concepto de prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y los eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.



- **Decreto 074 de 2010. Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -FONSAT-**

El "Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a las Personas en Accidentes de Tránsito" -por sus siglas: SOAT- completa desde su creación legal, 22 años de operación, periodo durante el cual las entidades aseguradoras, bajo la modalidad de un seguro de accidentes personales, desarrollaron en el terreno del pago de indemnizaciones relativas a servicios de salud para víctimas de accidentes de tránsito, eficaces procedimientos en términos de esquemas de sistematización, investigación y auditoria general y médica para preservar la integridad de los recursos del SOAT y en términos del tiempo de respuesta a la reclamación que se le plantee para su pago (un mes, a partir de la formalización de la reclamación, término en el que deben proceder con el pago o producir la objeción total o parcial de la reclamación). En lo medular, en el marco de las coberturas del SOAT dos de sus cinco coberturas, están asociadas en forma directa al sistema de salud. Se trata de los amparos de "Gastos Médicos, Quirúrgicos, Farmacéuticos y Hospitalarios" y de "Gastos de Transporte y Movilización de las Víctimas" a la institución que prestará los servicios de salud; sin desconocer el efecto social positivo de las restantes tres coberturas del seguro: "Incapacidad Permanente", "Muerte de la Víctima" y "Gastos Funerarios".

Por otra parte desde 1991 (Decreto 1032 de 1991, recogido hoy en los artículos 198 y siguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero) se creó el "Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito" (Por sus siglas: FONSAT) como una cuenta especial de la Nación con independencia patrimonial, administrativa, contable y estadística. El FONSAT se financia con la transferencia que hacen bimestralmente las aseguradoras del 20% de la prima emitida en cada una de las pólizas de seguro SOAT que expiden. Con las modificaciones introducidas por el numeral 7º del artículo 244 de la Ley 100 de 1993, el FONSAT destina hoy los recursos al pago de análogas coberturas a las del SOAT pero para víctimas de accidentes de tránsito que no puedan titular la condición de asegurados, habida consideración de que el vehículo comprometido en el accidente no es identificado o que respecto del mismo no hubiese sido contratado el SOAT y además a proveer una segunda capa en exceso de los 500 smdlv de "Gastos Médicos, Quirúrgicos, Farmacéuticos y Hospitalarios" del SOAT o al FONSAT -según el caso-, en cuantía de 300 smdlv.

En este marco general, el Decreto – Ley 074 de 2010 parte de la condición de que los recursos del FONSAT siguen siendo recursos del ECAT pero por eficiencia, traslada su administración a las aseguradoras que operan el ramo del SOAT, con lo cual se persigue lograr eficiencias en el flujo de los recursos del sistema en la medida en que se centraliza la administración de los recursos con los cuales se reconocen las prestaciones a víctimas de accidentes de tránsito y por tanto se evita la dispersión, que hasta ahora se ha venido dando, de las cuentas de cobro que deben ser presentadas por parte de los hospitales. También se logra con este Decreto liberar recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la medida en que con cargo al FONSAT se define una cobertura adicional que sumada a la del SOAT alcanza los



1.100 smdlv, liberando por tanto al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la prestación de éstos servicios por encima del seguro obligatorio (500 smdlv), hasta dicho monto.

- **Decreto 075 de 2010. Solución de controversias – Cierre de contingencias.**

El objetivo de este Decreto es generar mecanismos que permitan la solución expedita de conflictos de carácter económico entre los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Como en él se indica, las partes pueden acordar fórmulas o criterios de solución de sus diferencias vía conciliación o transacción, sujetas a la aprobación o improbación del acuerdo por la jurisdicción competente; igualmente se definen unos medios ágiles y plazos muy breves para el conocimiento, trámite y aprobación por parte de las diferentes instancias que en intervienen en estos acuerdos.

- **Decreto 126 de 2010. Inspección, vigilancia y control.**

Habiéndose identificado problemas de fraude y abuso en la demanda de servicios de salud, especialmente, de los no incluidos en el plan obligatorio de salud –POS, y ante la ausencia de regulación y de mecanismos efectivos de control sobre temas como negligencia en la garantía de los beneficios contenidos en el POS así como de la atención inicial de urgencias y la especulación con precios de medicamentos y dispositivos médicos, el Gobierno Nacional se vio avocado a decretar la Emergencia Social y dictar medidas para conjurar la crisis generada por una diversidad de hechos coyunturales y sobrevinientes pero también otros estructurales que se vinieron a agravar en los últimos meses, entre los cuales destacan estos fenómenos de corrupción.

Para enfrentar la corrupción y fraudes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud se adoptaron tres tipos de medidas mediante el Decreto 126 de 2010, que pueden agruparse en los siguientes grupos: (a) Medidas relacionadas con el fortalecimiento de las facultades de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud; (b) Medidas relacionadas con la tipificación de conductas disciplinables y penalmente responsables; y (c) Medidas relacionadas con el control de precios de medicamentos y dispositivos médicos.

En el primer grupo, se fortalece el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control integrado por las direcciones territoriales de salud y encabezado por la Superintendencia Nacional de Salud y se establece a cargo de la Superintendencia un Sistema de Administración de Riesgo para la Lucha contra la Corrupción en el SGSSS a través del cual se instruirá a los vigilados para la prevención y reporte de eventos sospechosos de corrupción y fraude. Para el cumplimiento de estos objetivos, se extiende la facultad de la Superintendencia de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades que explotan, administran u operan monopolios rentísticos; para las entidades territoriales; para las entidades que no garantizan la red de prestación de servicios de alta complejidad, los contenidos del POS, la atención inicial de urgencias; y para las entidades que no entreguen la información que se les solicite por las



autoridades o por la Cuenta de Alto Costo. Se señala un procedimiento en que las quejas, reclamos y peticiones que los afiliados presenten ante las EPS cuando la respuesta sea negativa tendrán siempre como segunda instancia a la Superintendencia Nacional de Salud. En relación con las entidades territoriales, la Superintendencia Nacional de Salud deberá actuar en coordinación con la Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Se regula un régimen de multas más robusto y se establece un procedimiento sancionatorio abreviado para la imposición de las sanciones a los vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud, en relación con conductas como la negligencia en la atención inicial de urgencias, aplicar preexistencias a los afiliados, incumplir las normas sobre monopolios rentísticos, entre otras.

En el segundo grupo, se tipifican conductas penales como la omisión de la atención inicial de urgencias y la venta fraudulenta de medicamentos. Por otra parte, se introducen circunstancias de agravación punitiva para los delitos como la estafa, la especulación, el agiotaje y el contrabando cuando estas conductas se realicen en relación con medicamentos y dispositivos médicos, o cuando el peculado por aplicación oficial diferente se predique de los recursos de la seguridad social. Finalmente, se señala expresamente la responsabilidad de los particulares que administren recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la de los integrantes de los Comités Técnico-Científicos y de los Comités Técnicos de Prestaciones Excepcionales en Salud, la cual se asimila a la de particulares que prestan un servicio público o ejercen funciones públicas, según el caso.

En el tercer grupo, se crea un régimen especial de control de precios para medicamentos y dispositivos médicos, incluyendo la fijación de los márgenes máximos de comercialización, para lo cual se extienden las facultades de regulación y de control de la Comisión que en adelante se denomina Comisión de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos. Entre las funciones de regulación de la Comisión, también se señala el establecimiento de las clasificaciones anatómicas, terapéuticas y químicas relevantes, y se destaca que los productos incluidos dentro de una clasificación relevante deberán ser sustitutos entre sí. Para el cumplimiento de sus facultades, se señala el deber de reportar precios para todos los agentes del mercado mayoristas y minoristas de medicamentos y dispositivos médicos, así como para los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- **Decreto 127 de 2010. Medidas tributarias.**

Con el propósito de conjurar las causas de la emergencia social declarada por el Gobierno Nacional mediante el decreto 4975 de 2009, se expidió el decreto 127 de 2010, el cual tiene por objeto la consecución de mayores recursos mediante la modificación de impuestos indirectos del orden nacional y territorial, destinados a cubrir las prestaciones excepcionales, y los eventuales faltantes para la financiación de las prestaciones no incluidas en el Plan de Beneficios del régimen subsidiado, mientras se avanza en el proceso de unificación de los planes de beneficios. Dichas medidas se sintetizan de la siguiente manera:



1. Impuestos Nacionales

En primer lugar, se modificó el impuesto sobre las ventas aplicable a las cervezas, incrementando progresivamente su tarifa al 14% para el periodo comprendido entre el 1 de febrero y el 31 de diciembre de 2010, y a la tarifa general del 16% a partir del 1 de enero de 2011. Esta modificación permitirá un mayor recaudo proyectado por este concepto de \$193 mm durante el 2010 y de \$344 mm para el 2011

Respecto del impuesto sobre las ventas aplicable a los juegos de suerte y azar, se incrementó la tarifa actual del 5% a la general del 16%. Este aumento en la tarifa implicará un mayor recaudo proyectado de \$146 mm para el 2010 y de \$249 mm para el 2011.

Así, estas modificaciones permitirán a la Nación obtener un mayor recaudo, por dichos conceptos, de \$339 mm para el 2010 y de \$593 mm para el 2011, los cuales se destinarán a superar las causas de la emergencia, en 2010 se destinarán a financiar las prestaciones excepcionales en salud, y partir de 2011 la totalidad de los ingresos por IVA a la cerveza y a los juegos de suerte y azar tendrán la misma destinación.

2. Impuestos Territoriales

Respecto de impuestos del orden territorial, el Decreto 127 de 2010 estableció la unificación de las tarifas del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado, la cual será de \$650 durante el 2010 y de \$700 durante el 2011. Esta modificación permitirá un mayor recaudo proyectado por este concepto de \$115 mm para el 2010 y \$165 mm para el 2011.

Del total del recaudo bruto de dicho impuesto se establece que el 21% durante el 2010, y el 24% para el año 2011, serán destinados a la unificación de los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y, subsidiariamente, a la financiación de las prestaciones no incluidas en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado, en caso de agotarse los recursos destinados a tal fin.

En cuanto al impuesto al consumo de licores, se modificaron las tarifas a partir del 1 de febrero de 2010 por unidad 750 cc o equivalentes, así: para productos de hasta 35° de contenido alcoholimétrico, \$256 por cada grado, mientras que para productos de más de 35° de contenido alcoholimétrico la tarifa será de \$386 por grado alcoholimétrico. Así, se proyecta un mayor recaudo por este concepto de \$60 mm adicionales para el año 2010.

Los recursos adicionales por este concepto se destinarán a la unificación de los planes de beneficios del SGSSS y de manera excepcional, podrán destinarse a la financiación de las prestaciones no incluidas en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado, únicamente en caso de que la totalidad de los recursos destinados para dichos servicios, llegaren a agotarse.



En este orden de ideas, las entidades territoriales podrán contar con mayores recursos a efectos de conjurar la crisis que da origen a la declaratoria de emergencia social que nos ocupa, en cuantía aproximada de \$175 mm para el 2010 y de \$225 mm para el 2011, todo lo cual contribuye a superar las dificultades evidenciadas por el Gobierno Nacional y a evitar que los efectos de la misma se sigan extendiendo generando perjuicios irremediables en la prestación de servicios de salud y por ende en el goce efectivo del derecho.

- **Decreto 128 de 2010. Prestaciones Excepcionales en Salud**

Con el propósito de conjurar la amenaza sobre el equilibrio fiscal y financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud originado en el otorgamiento y financiación de la demanda de servicios y medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, el Gobierno Nacional concibió un nuevo marco institucional que permita racionalizar esta demanda y eliminar su abuso, partiendo de la premisa de que el amplio paquete de beneficios incluido en el POS responde a las necesidades en salud y al perfil epidemiológico de la población colombiana en general y a que el otorgamiento de las prestaciones en salud que exceden el contenido del POS debe ser excepcional.

A través de este nuevo marco institucional se crea el Fondo de Prestaciones Excepcionales en Salud -FONPRES, que tendrá fuentes de financiamiento exclusivas que implican la disponibilidad anual de recursos públicos finitos, para lo cual se establecen el impuesto a las ventas sobre la cerveza y los juegos de suerte y azar. Con estos recursos, el FONPRES cofinanciará de manera subsidiaria las prestaciones excepcionales en salud solamente cuando las personas no tengan capacidad de pago, puesto que dependiendo de la capacidad de pago del potencial beneficiario, el costo de estas prestaciones que exceden el POS del Régimen Contributivo deberán ser asumidos por éste total o parcialmente.

Por otra parte, el FONPRES contará con instancias de autorización en las cuales primará la relevancia médica de la prestación excepcional en salud en cada caso concreto y se establecerá un orden de procedencia en el tiempo de las solicitudes y autorizaciones, teniendo en cuenta diferentes principios tales como la necesidad y la pertinencia científica. Para el otorgamiento de las prestaciones excepcionales en salud se prevé la organización de una red especial de servicios y el pago de dichas prestaciones a precios y tarifas máximas definidos por un gestor de prestaciones excepcionales en salud que se contrate para estos efectos.

- **Decreto 129 de 2010. Control a la evasión y elusión de cotizaciones y aportes al sistema de la protección social**

Para garantizar la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, fue necesario tomar medidas relacionadas con el control de la evasión y elusión de aportes al mismo, mediante la adopción de medidas que eviten la erosión de las



bases de liquidación de los aportes y que se utilicen vacíos de la ley para el eludir el pago de estas obligaciones.

Entre las medidas adoptadas está evitar la reducción ficticia de las bases y establecer para el pago de los aportes por parte de los profesionales independientes. En especial, se crearon mecanismos para que las Cooperativas de Trabajo Asociado no se desvirtúen y se conviertan en vehículos para la evasión. En efecto, se ha detectado que esta importante figura se ha utilizado para evadir el pago de los aportes de grupos de profesionales independientes mediante el fraccionamiento en el pago o la agrupación ilegal.

Igualmente, se busca garantizar que las personas con capacidad de pago cumplan con el pago de sus aportes al sistema obligatorio de salud y, en consecuencia, a los demás sistemas de la seguridad social en los que proceda su afiliación. A su vez, las bases reales de ingreso se deben reflejar en los aportes al sistema, razón por la cual se crean restricciones a la posibilidad de pactar ingresos que se excluyan del IBC (límites a la desalarización).

Por último, se crearon instrumentos que permiten detectar indicios de evasión en el sistema mediante cruces con operadores de bases de información y se establecieron reglas para el control y vigilancia de los operadores de información de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes –PILA–.

- **Decreto 130 de 2010. Juegos de Suerte y Azar**

Mediante el Decreto 130 de 2010 se busca la optimización de los recursos que se generan en el ejercicio del monopolio rentístico de los juegos de suerte y azar, así como la generación de nuevas rentas en dicho sector, con el fin de colaborar en el financiamiento de los servicios de salud de la población pobre no asegurada y los eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.

Para el efecto, se toman medidas tendientes a la destinación y flujo de recursos, al fortalecimiento del monopolio para la eficiencia y la generación de rentas, al control a la ilegalidad y la fiscalización y a la regulación del monopolio rentístico.

En ese orden de ideas, los principales asuntos que contempla dicho decreto son: refuerza el control a la ilegalidad de los juegos de suerte y azar, entre otras, fortaleciendo el tipo penal del juego ilegal, vinculando a la Dian al proceso de fiscalización y cobro de rentas a la salud, fortaleciendo las labores de la Superintendencia Nacional de Salud y de las entidades administradoras del monopolio frente al juego ilegal y autorizando a la Policía Nacional para que decomise elementos de juego ilegal, Cárcel al Juego ilegal; se crea la Comisión de Regulación de Juegos de Suerte y Azar, entidad encargada de regular la operación del monopolio rentístico de los juegos de suerte y azar; los juegos localizados, mediante un proceso gradual, comenzarán a pagar derechos de explotación por apuesta y no por máquina; se crea la lotería nacional; se autoriza la operación de la lotería instantánea y lotto preimpreso a



los departamentos; se permite la destinación de premios no reclamados de juegos de suerte y azar a la unificación de los planes de beneficios; se reglamenta la operación de los juegos de suerte y azar extranjeros que operen en Colombia, entre otras a través de Internet; se permite la operación de juegos localizados en cruceros atracados en puertos colombianos; se incentivan los eventos hípicas nacionales y se permite la comercialización de lotería a través de canales electrónicos de conformidad con las condiciones que señale la Comisión de Regulación.

- **Decreto 131 de 2010. OTCs.**

A través de este Decreto tiene por objeto crear un sistema técnico científico que fundamente las decisiones de prestación de servicios de salud, definir las condiciones y mecanismos de actualización del POS y fijar reglas para la autorregulación que los profesionales médicos y odontólogos adoptarán. Para ello, se indican unas reglas para la actualización del POS con el propósito de que dichas prestaciones respondan a las necesidades de servicios de salud de la población a partir del perfil epidemiológico, el perfil demográfico, la adopción de tecnologías en el país y la capacidad financiera del sistema, y focalice las acciones de promoción y prevención y la atención primaria y de baja complejidad. La atención del alto costo y la mediana complejidad también se incluyen y en la revisión del POS se hará un análisis de su efectividad; se otorga plazo a la CRES para establecer un nuevo plan de beneficios, e introduce medidas para que los médicos, al interior de sus sociedades científicas, establezcan su autorregulación atendiendo a sus propios criterios médicos. Los estándares que definan son de obligatoria observancia. El Tribunal de Ética Médica investiga y sanciona la inobservancia injustificada de dichos estándares.

De igual manera, se establecen medidas para que los planes voluntarios de salud no recobren los servicios que prestan al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se crea un Organismo Técnico Científico, responsable de ordenar la generación del conocimiento para la prestación del servicio de salud y el proceso de actualización del POS y de autorizaciones de las Prestaciones Excepcionales en Salud PES (antes lo No POS).

- **Decreto 132 de 2010. Administración y flujo de recursos en el Régimen Subsidiado.**

Los mecanismos y procedimientos para la distribución y giro de recursos en el Régimen Subsidiado, no permiten un adecuado flujo de los mismos, conduciendo en muchos casos a ineficiencias y desvíos de los recursos, lo que hace más costosa la prestación de los servicios y atenta con la oportunidad en la atención.

Estos mecanismos, que principalmente inciden en el flujo de recursos, son el número de eslabones de la cadena, representado por la Nación, entidades territoriales, aseguradoras e instituciones prestadoras de servicios de salud-IPS. Otro factor, son los instrumentos jurídicos, contratos, que son condición para efectuar el giro de los



recursos de aseguramiento en el Régimen Subsidiado, y que son suscritos por las entidades territoriales y las EPS-S.

Para resolver, estos inconvenientes, el Decreto 132 establece mecanismos de giro de los recursos que financian el Régimen Subsidiado, a partir de un manejo centralizado, pero en nombre de las entidades territoriales con cuentas individuales, a partir de la constitución de un patrimonio autónomo contratado por el Ministerio de la Protección Social. Patrimonio en el que se manejarían los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud en su componente de subsidios a la demanda, las rentas cedidas a los departamentos y distritos para los mismos fines, regalías y el esfuerzo propio que realizan las entidades territoriales para cofinanciar la cobertura.

Administradas así tales fuentes, se establecerá el giro directo a las EPS-S o a las instituciones hospitalarias, según el caso, optimizando así el flujo de los recursos, con lo que se disminuyen los niveles de cartera actuales entre entidades territoriales, EPS y hospitales.

En el mismo sentido, se plantea la eliminación de los contratos de aseguramiento que en la actualidad suscriben las entidades territoriales, para efecto del giro de recursos, y se prevé que el Gobierno Nacional podrá expedir una reglamentación para establecer un mecanismo idóneo, que no afecte el giro de recursos, pero que se evidencie la responsabilidad que tienen las entidades territoriales en la operación del Régimen Subsidiado, respecto de sus habitantes beneficiarios de dicho régimen. Así, los giros se realizarán de acuerdo con el número de afiliados registrados y actualizados conjuntamente entre las EPS-S y las entidades territoriales, en la base de datos única administrada por el Ministerio de la Protección Social.

Adicionalmente, el Decreto establece la posibilidad legal de transformar los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y las rentas cedidas, hoy destinados a financiar la prestación de servicios a la población pobre no asegurada y para lo NO POS (correspondiente a la diferencia de cobertura entre los planes de beneficios de los regímenes subsidiado y contributivo), a la financiación de los subsidios a la demanda, para así lograr progresivamente la unificación de los planes de beneficios, de acuerdo con las pruebas piloto que se realicen y la disponibilidad de información suficiente y probada para su implementación.

- **Decreto 133 de 2010. Medidas para garantizar el acceso, oportunidad, continuidad, calidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud**

El Decreto busca incidir en el flujo de recursos entre las EPS y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, e introduce disposiciones en materia de racionalización de las actuaciones de éstas y su saneamiento fiscal y financiero.

En materia de medidas tendientes al mejoramiento de flujo de recursos entre pagadores y prestadores y mejoramiento del acceso a los servicios de salud, el decreto define reglas y plazos precisos para el pago en contratación por evento; para el ajuste de



tarifas en contratos con prestadores posteriores al valor de la UPC, excepto cuando se trate de inclusión de servicios en el plan obligatorio de salud; fija limitaciones a la capitación a servicios de baja complejidad, excluyendo actividades de promoción y prevención, entre otras.

En materia de medidas para racionalizar las actuaciones de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, el Decreto establece disposiciones relacionadas con las juntas directivas y los gerentes de las ESE y sobre la habilitación de las mismas.

El decreto incluye unas disposiciones que obligan a realizar programas de saneamiento fiscal y financiero en las Empresas Sociales del Estado - ESE, cuando indicadores de equilibrio operacional y categorización del desempeño así lo exijan por presentar la ESE riesgo medio y alto de problemas financieros.

El decreto también establece la obligación de celebrar acuerdos de reestructuración de pasivos, plantea la intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, o liquidación o fusión de la ESE, cuando se presente incumplimiento del programa.

Todas estas medidas están encaminadas a que la operación y funcionamiento de las ESE, se realice en un marco de equilibrio y sostenibilidad financiera, que no afecte la oportuna y adecuada prestación de los servicios.

- **Decreto 134 de 2010. Modificación al Presupuesto General de la Nación 2010**

Dado que con la declaratoria de la Emergencia Social se buscaba, entre otras medidas, obtener nuevos recursos (tributarios) para atender las necesidades del sector salud, específicamente para financiar los servicios de salud a la población pobre no asegurada y para los eventos no incluidos en el plan de beneficios del Régimen Subsidiado, era necesario incorporar tales recursos al Presupuesto General para efectos de su ejecución, en cumplimiento de las normas presupuestales vigentes.

De esta forma, mediante el Decreto 134, se adiciona el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal, con el monto estimado de recaudo, \$339 mil millones, de los tributos nacionales que se generaran a partir de la expedición del Decreto 127 de 2010, mediante el cual se modificó el impuesto sobre las ventas, aplicable a cervezas y sifones, y a los juegos de suerte y azar. Estos recursos se destinarán al Fondo de Prestaciones Excepcional en Salud - FONPRES, creado por el Decreto 128 de 2010.

Adicionalmente se incorporan en el presupuesto, recursos por \$204.5 mil millones, financiados con excedentes financieros de la Subcuenta ECAT del Fosyga, de los cuales \$7 mil millones se destinan para atender el funcionamiento del Organismo Técnico Científico para la Salud, creado por el Decreto 131 de 2010 y \$197.6 mil millones para atender el pago de reclamaciones por daños corporales causados a las personas por accidentes de tránsito, según lo provisto por el Decreto 074 de 2010. Cabe señalar en este punto que el presupuesto para financiar lo que se establece como operación corriente, con cargo al 20% que corresponde al FONSAT, que pasa por virtud



del Decreto 74 a ser administrado por las aseguradoras será el definido para este año en el presupuesto de la Subcuenta ECAT del Fosyga, el cual se ejecutará sin situación de fondos, dado el nuevo esquema de administración.

Igualmente se incorporaron recursos por \$14.1 mil millones para el Fondo Anticorrupción del Sector Salud, creado por el Decreto 126 de 2010, como un fondo especial de la Superintendencia Nacional de Salud y \$600 millones para el fortalecimiento de la Comisión de Regulación en Salud – CRES.

Finalmente, mediante el mismo Decreto 134 se efectuó un traslado por \$1.0 mil millones en el presupuesto de gastos del Presupuesto General de la Nación para la vigencia 2010, para financiar inicialmente el funcionamiento de la Comisión de Regulación de Juegos de Suerte y Azar, creada por el Decreto 130 de 2010.

- **Decreto 135 de 2010**

Este decreto además de disponer la distribución de hasta el 30% de los recursos del Frisco para prevención, mitigación, superación y desarrollo institucional en el marco de la política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas, asignan funciones de policía judicial al Subdirector Jurídico de la Dirección Nacional de Estupefacientes para la entrega real y material de bienes inmuebles y muebles.

5. CONCLUSIÓN

La declaratoria de emergencia social obedeció a unas circunstancias fácticas comprobadas, de enorme gravedad, las cuales no podían ser enfrentadas a través de los medios ordinarios existentes, a pesar de los esfuerzos recientes realizados por el Congreso de la República por realizar ajustes a la Ley 100 de 1993.

El Gobierno Nacional ponderó la situación, revisó los indicadores que demostraban su gravedad y que presagiaban un colapso. Actuó responsablemente frente a una amenaza de un derecho fundamental. Por ende, no era necesario que fallecieran personas ni que los hospitales cerraran ni que se concretaran otra cantidad de hechos lamentables para actuar. Sería irresponsable un Estado que, frente a una serie de situaciones de riesgo, no previniera sus efectos y dejara que transcurrieran como si fuera un espectador más en una cadena de acontecimientos tan graves como el deterioro del Sistema que atiende la salud de los colombianos.

A través de este informe, se ponen de presente al Congreso de la República todas las circunstancias que rodearon la declaratoria de emergencia social, atendiendo a que la misma fue conveniente y oportuna para evitar la materialización de un problema social muy grave, como el que finalmente se hubiera desencadenado con el colapso del SGSSS y por ende la suspensión de la prestación de servicios de salud lo cual pone en evidente riesgo la vida de la población, pero en particular de aquellos compatriotas más



pobres y vulnerables que no tienen ninguna opción sanitaria diferente que acceder a los servicios y medicamentos ofrecidos por el Sistema.

De los honorables congresistas,

A large, stylized handwritten signature in black ink, appearing to read "Fabio Valencia Cossio".

FABIO VALENCIA COSSIO

Ministro del Interior y de Justicia, delegatario de Funciones Presidenciales, mediante Decreto 099 del 19 de enero de 2010 *e*

A large, stylized handwritten signature in black ink, appearing to read "Oscar Iván Zuluaga Escobar".

OSCAR IVÁN ZULUAGA ESCOBAR
Ministro de Hacienda y Crédito Público

A large, stylized handwritten signature in black ink, appearing to read "Diego Palacio Betancourt".

DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social